

児童福祉施設等における患者発生状況報告票

施設から保福への報告日時							年	月	日	午前・午後	時	分頃	
施設名							施設長名						
所在地													
TEL							FAX				発信者		
定員	名(実利用人員 名)						職員	名(うち調理従事者数 名)					
施設の種別	<input type="checkbox"/> 乳児院 名						<input type="checkbox"/> 情緒障害児短期治療施設 名						
	<input type="checkbox"/> 母子生活支援施設 名						<input type="checkbox"/> 児童家庭支援センター 名						
	<input type="checkbox"/> 児童厚生施設 名						<input type="checkbox"/> 婦人保護施設 名						
	<input type="checkbox"/> 児童養護施設 名						<input type="checkbox"/> 婦人相談所一時保護所 名						
	<input type="checkbox"/> 児童自立支援施設 名						<input type="checkbox"/> その他() 名						
	<input type="checkbox"/> 児童相談所一時保護所 名												
施設の対応状況報告基準【○で囲む】	1 同一感染症によると疑われる死亡者又は重篤者が1週間以内に2名以上発生した場合。 2 同一の感染症の患者又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。 3 1. 2に該当しないが、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、施設長が必要と認めた場合。(注)												
年 月 日現在の発症者数													
年齢区分等	0~2 (就学前児童)	3~6	6~12 (小学生)	13~15 (中学生)	15~18	職員	合計						
利用者数													
患者	利用者												
	職員												
入院(再掲)	利用者												
	職員												
主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()												
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ様 <input type="checkbox"/> ノロ様 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()												
患者発生	初発患者	年	月	日	午前・午後	時	分頃						
状況経過等その他	思い当たる飲食物 : <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> その他()												
	思い当たる行動等 : <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外泊 <input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> その他()												
診断名							担当医師名						
受診者													
受診日時													
保健所確認指導	<input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 終息確認 <input type="checkbox"/> その他												
その他参考となる事項													

(注※) 新型インフルエンザにより、入院措置となった場合等