様式Ｖ6-1

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		職 員	名（ うち 調理従事者数 名）		
施設の種類	・**高齢者介護関係施設**:☐ 養護老人(名) ☐ 特別養護老人(名) ☐ デイ・ショートステイ等(名) ☐ 軽費老人(名) ☐ 有料老人(名) ☐ 介護老人保健施設(名) ☐ その他( ) ・**児童婦人関係施設** : (名) ・**障害関係施設**:☐ 知的(名) ☐ 身体(名) ☐ 精神(名) ☐障害・重症心身(名) ☐その他( ) ・**その他** ☐学校(名)☐幼稚園(名)☐小学校(名)☐中学校(名) ☐ 高等学校(名) ☐ 病院(名) ☐ その他( )				
施設の対応状況 報告基準 【〇で囲む】	1 同一感染症若しくは食中毒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 同一の感染症若しくは食中毒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				

年 月 日( )現在の発症者数

年齢区分（歳）		6以下	6～12（小学生）	13～15（中学生）	15～19代	20～30代	40～50代	60代	70代	80以上	合計
利用者数内訳											
患者	利用者										
	職員										
入院（再掲）	利用者										
	職員										

主な症状	☐発熱(℃) ☐嘔吐 ☐下痢 ☐発疹 ☐その他( ) ☐ ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ様 ☐ ﾉﾛ様 ☐不明 ☐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 : ☐ 給食 ☐ 弁当 ☐ 水 ☐ その他( ) 思い当たる行動等 : ☐ 行動 ☐ 入浴 ☐ 外泊 ☐ 面会 ☐ その他( )
診 断 名	担当医師名
日時	年 月 日 午前 ・午後 時 分
確認指導等	☐ 消毒 ☐ 手洗い ☐ 入浴 ☐ 行動 ☐ 終息確認 ☐ その他
その他参考となる事項	※発生状況のグラフ（流行曲線）などを添付。