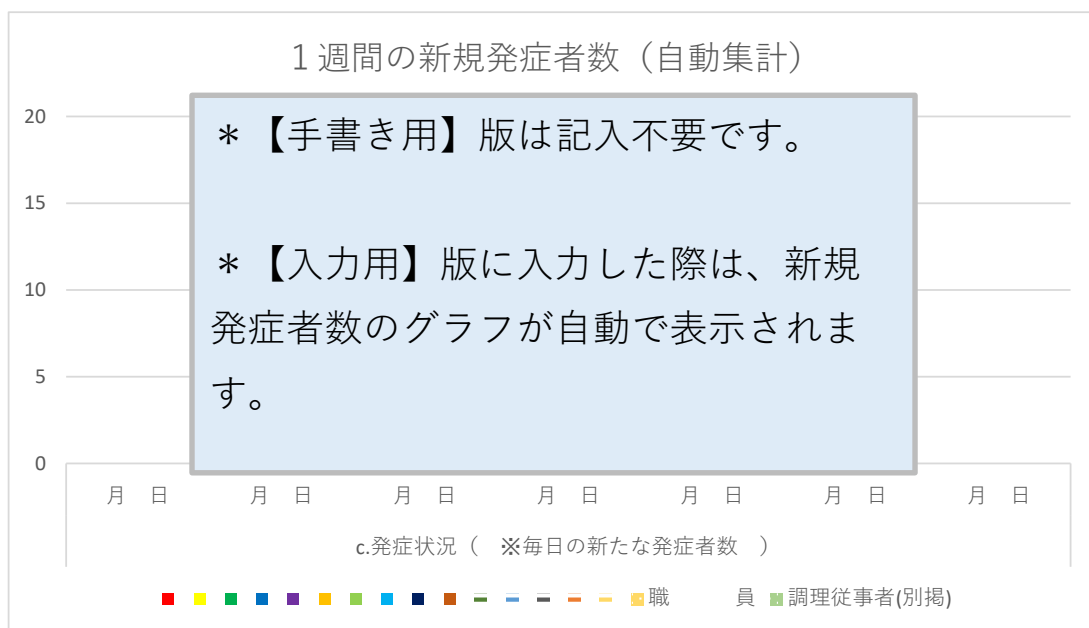


感染が広がった要因と思われること (集団行事など)	(いつ)	(内容)
給食状況	<input type="checkbox"/> 施設内調理	<input type="checkbox"/> 施設外・関連施設 ()
実施している 感染対策	(対策開始日)	月 日
	<input type="checkbox"/> 手洗い・手指消毒 <input type="checkbox"/> PPEの着用 <input type="checkbox"/> ガウン・エプロン <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 手袋 <input type="checkbox"/> ゴーグル・フェイスシールド <input type="checkbox"/> 換気 <input type="checkbox"/> 利用者のマスク着用 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 感染者の隔離 <input type="checkbox"/> 施設内のゾーニング <input type="checkbox"/> ワゴンやシンク等の 清潔・不潔区域のゾーニング <input type="checkbox"/> 頻回に触れる場所や 物品の消毒 <input type="checkbox"/> 嘔吐物等の処理・消毒 (感染性胃腸炎・ノロウイルス)
	<input type="checkbox"/> 感染者のケア担当職員の固定化	<input type="checkbox"/> 病棟・フロア毎の職員の固定化
	<input type="checkbox"/> 面会の制限	
<input type="checkbox"/> 入院・重症者の発生状況がこれまでと大きく異なる		<input type="checkbox"/> 発症者の動向(広がり方)がこれまでと異なる
感染対策に関する困り事・質問	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 内容()
保健所の施設訪問による感染対策の相談	<input type="checkbox"/> 希望する	内容()



★保健所記入欄★

本様式にて定期的に確認 (頻度:) 訪問 医療機関による指導・助言あり。終息時に電話・メールで確認。

備考:

記入例

社会福祉施設等における感染症等発生報告書【入所施設】

施設名称	特別養護老人ホーム〇〇	報告日	令和 8 年 4 月 5 日
施設代表者	南部 花子	発生日時	令和 8 年 4 月 1 日 時頃
報告者	南部 太郎	電話番号	000-000-0000
住所	南風原町〇〇〇	F A X	000-000-0000
		メールアドレス	000@00000000
施設利用者数	○入所者数 : 100 名	施設職員のうち医療従事者	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> いない
	○通所者数 : 0 名	感染症対策向上加算	<input type="checkbox"/> 加算 I <input type="checkbox"/> 加算 II <input checked="" type="checkbox"/> なし
職員数	○職員数 : 80 名	医療機関から感染対策の指導・助言をもらっているか	<input type="checkbox"/> なし
	○調理従事者(別掲) : 10 名		<input checked="" type="checkbox"/> あり 病院名 (A病院)

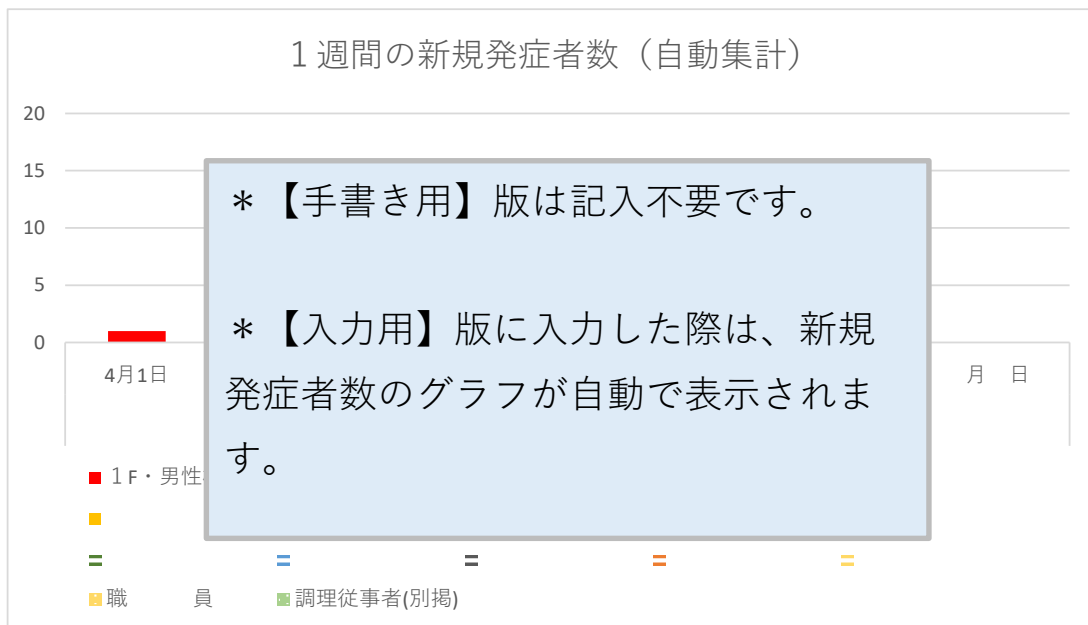
感染症名	インフルエンザA	この感染症における報告回数	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目以降 ()回目
------	----------	---------------	---

◆ 利用者及び職員の発症者数を入力ください。

病棟・フロア名	a.在籍者数	b.先週までの発症者合計	c.発症状況 (※毎日の新たな発症者数)							今週のc.新規発症者合計	発症率(%) (b+c)/a 自動計算	備考
			4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	月日	月日			
1F・男性棟	25	0	1	0	3	5	2			11		
1F・女性棟	25	0	0	0	0	0	0			0		
2F・男性棟	25	0	0	0	0	0	1			1		
2F・女性棟	25	0	0	0	0	0	0			0		
利用者合計	100	0	1	0	3	5	3			12		
(再掲)入院・重症者数		0	0	0	0	0	0			0		
職員	80	0	0	0	1	0	1			2		
調理従事者(別掲)	10	0	0	0	0	0	0			0		
合計	190	0	1	0	4	5	4	0		14		

感染が広がった要因と思われること (集団行事など)	(いつ) ①4月1日 (内容) ①1F男性棟:換気のない部屋でカラオケレク。初発例も参加。 ②4月3日 ②1F男性棟担当職員(4/3発症)がヘルプで2F男性棟利用者(4/5発症)のケアに入った。
給食状況	<input checked="" type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設 ()
実施している 感染対策	(対策開始日) 4 月 3 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 手洗い・手指消毒 <input checked="" type="checkbox"/> 感染者の隔離 <input checked="" type="checkbox"/> 感染者のケア担当職員の固定化 <input checked="" type="checkbox"/> PPEの着用 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内のゾーニング <input checked="" type="checkbox"/> 病棟・フロア毎の職員の固定化 <input checked="" type="checkbox"/> ガウン・エプロン <input checked="" type="checkbox"/> ワゴンやシンク等の清潔・不潔区域のゾーニング <input checked="" type="checkbox"/> 面会の制限 <input checked="" type="checkbox"/> マスク <input checked="" type="checkbox"/> 頻回に触れる場所や物品の消毒 <input checked="" type="checkbox"/> 手袋 <input checked="" type="checkbox"/> ゴーグル・フェイスシールド <input checked="" type="checkbox"/> 換気 <input type="checkbox"/> 嘔吐物等の処理・消毒 (感染性胃腸炎・ノロウイルス) <input checked="" type="checkbox"/> 利用者のマスク着用 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 入院・重症者の発生状況がこれほど大きく異なる <input type="checkbox"/> 発症者の動向(広がり方)がこれほど異なる	
感染対策に関する困り事・質問	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある 内容(複数の居室に発症者がいるときのゾーニング方法)
保健所の施設訪問による感染対策の相談	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する 内容(ゾーニングやPPEの着脱手順が適切か)

過去の集団発生と比べて、
下の場合は☑をつけてください。
・死亡者がいる
・入院、重症者が多い
・広がるスピードが速い、対策をしても広がってしまう



★保健所記入欄★

本様式にて定期的に確認(頻度:) 訪問 医療機関による指導・助言あり。終息時に電話・メールで確認。

備考: