南部保健所 感染症担当あて（FAX：098-888-1348　メール：nanbu-kansen@pref.okinawa.lg.jp）

社会福祉施設等における感染症等発生報告書【通所施設・保育園】

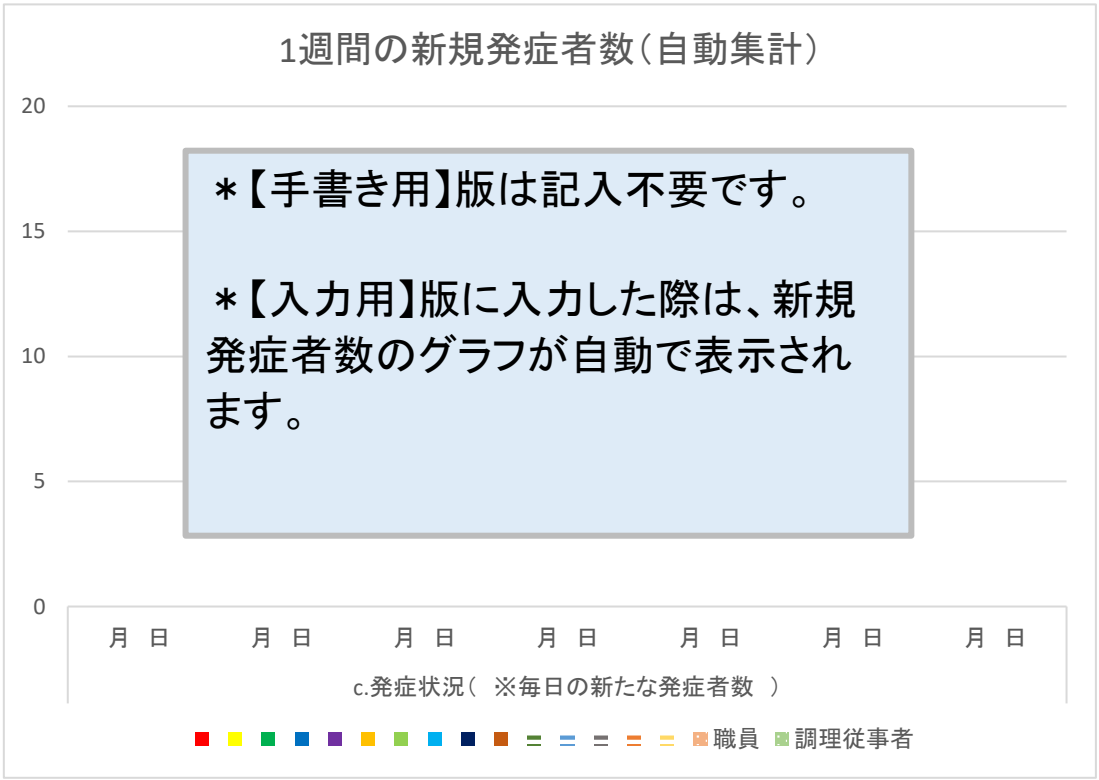
施設名称		報告日	令和　　年　　月　　日
報告者		発生日時	令和　　年　　月　　日　　時頃
施設代表者		電話番号	
住所		FAX	
		メールアドレス	
施設利用者数	○利用者数　：　名	感染症対策向上加算（介護施設のみ）	□ 加算Ⅰ　□ 加算Ⅱ　□ なし
職員数	○職員数　：　名 ○調理従事者(別掲)　：　名	嘱託医療機関名	
施設職員のうち医療従事者	□ 医師　□ 看護師　□ いない	医療機関から感染対策の指導・助言をもらっているか	□ なし □ あり　病院名（　　）

感染症名		この感染症における報告回数	□ 1回目 □ 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。

クラス名（○歳児）	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
			月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日			
利用者合計												
(再掲)入院・重症者数												
職員												
調理従事者(別掲)												
合計												

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	☐ 施設内調理　☐ 施設外・関連施設　（　　）
実施している感染対策	（対策開始日）　月　日 ☐ 手洗い・手指消毒 ☐ PPEの着用 ☐ ガウン・エプロン ☐ マスク ☐ 手袋 ☐ ゴーグル・フェイスシールド ☐ 換気（施設・送迎車） ☐ 利用者のマスク着用 ☐ 汚物処理用シンク等の清潔・不潔区域のゾーニング ☐ 頻回に触れる場所や物品の消毒 ☐ 嘔吐物等の処理・消毒（感染性胃腸炎・ノロウイルス） ☐ ワクチン接種歴の確認 ☐ 保護者等への情報提供・注意喚起 ☐ その他
☐ 入院・重症者の発生状況がこれまでと大きく異なる　☐ 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	☐ ない　☐ ある　内容（　　）
保健所の施設訪問による感染対策の相談	☐ 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　☐ 終息時に電話・メールで確認

備考：