

届出様式（社会福祉施設等）

報告日 令和 年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

(時 分現在)

施設名 _____

施設長 _____

社会福祉施設等における感染症発生報告（疑い含む）

施設	名称			所在地			
	施設区分			担当職氏名			
	TEL			施設医氏名			
	FAX			(所属)	()		
患者発生 状況	疾患名						
	利用者・職員数		有症者数(実人数)	うち入院患者数	死亡者数		
	利用者	(入所)	名	名	名	名	
		(通所)	名	名	名	名	
		(園児・生徒等)	名	名	名	名	
	職員	名	名	名	名		
	合計	名	名	名	名		
	発生経過	月日	新規有症者数(実人数)	主症状			
			名	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他()			
			名				
		名					
		名					
		名					
		名					
		名	有症者数合計(実人数)				
	名	月 日 現在 名					
施設対応 状況	対応マニュアル	有 ・ 無					
	<input type="checkbox"/> 保護者、家族への周知 <input type="checkbox"/> 園医、嘱託医への報告 <input type="checkbox"/> 利用者、職員の健康管理 <input type="checkbox"/> 手洗いの徹底 <input type="checkbox"/> 消毒の実施 <input type="checkbox"/> 感染防護衣の適切な使用 <input type="checkbox"/> 温度・湿度管理	その他(下記へ記載) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
園医、嘱託医の 指導、見解等							
その他 特記事項							
保健所 記入欄	検査	無	有:				
	検体採取日	結果判明日					
	検出病原体	陽性者数 (職員 名、利用者 名)					

※次の場合、速やかに保健所にファックス等で報告してください。

- (1) 同一の感染症(疑われる者を含む)による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- (2) 同一の感染症(疑われる者を含む)が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- (3) 同一感染症における通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

報告日 令和5年11月29日

(宛先) 秋田市保健所長

(10時30分現在)

施設名 認定こども園〇〇園

施設長 〇〇 〇〇

社会福祉施設等における感染症発生報告（疑い含む）

施設	名称	認定こども園〇〇園		所在地	秋田市八橋南一丁目8-3		
	施設区分	幼保施設		担当職氏名	△△ △△		
	TEL	018-883-1180		園医氏名	□□ □□		
	FAX	018-883-1158		(所属)	(□□小児科医院)		
患者発生 状況	疾患名	インフルエンザ●型 ※インフルエンザの場合はA型/B型まで記載してください					
	在籍人数を 記載してください	利用者・職員数		有症者数(実人数)	うち入院患者数	死亡者数	
		利用者	(入所)	— 名	— 名	— 名	— 名
		(通所)	— 名	— 名	— 名	— 名	— 名
		(園児・生徒等)	100 名	9 名	0 名	0 名	
	職員		40 名	1 名	0 名	0 名	
	合計		140 名	10 名	0 名	0 名	
報告している感染症と診断 されている人、 診断はされていないが同様の 症状を呈している人、 の実人数を記載してください	発生経過	月日	新規有症者数(実数)	主症状			
		11月24日	1 名	☑嘔吐 ☑下痢 □腹痛 □悪心			
		11月25日	1 名	☑発熱 □頭痛 □咽頭痛 □咳			
		11月26日	2 名	□その他()			
		11月27日	2 名				
		11月29日	4 名				
			名				
	※記載欄が不足する場合は別紙(任意様式)		名	有症者数合計(実人数)			
			名	11月29日 現在 10 名			
施設対応 状況	対応マニュアル	有					
	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者、家族への周知 <input checked="" type="checkbox"/> 園医、嘱託医への報告 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者、職員の健康管理 <input checked="" type="checkbox"/> 手洗いの徹底 <input checked="" type="checkbox"/> 消毒の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 感染防護衣の適切な使用 <input type="checkbox"/> 温度・湿度管理	<input type="checkbox"/> その他(下記へ記載) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	当てはまるものにチェックを入れてください 左記以外の対応事項がありましたら記載してください				
園医、嘱託医の 指導、見解等							
その他 特記事項	有症状者増加については、園医または嘱託医へのご報告もお願いします						
保健所 記入欄	検査	有の場合					
	検体採取日	結果判明日					
	検出病原体	陽性者数					

※次の場合、速やかに保健所にファックス等で報告してください。

- 同一の感染症(疑われる者を含む)による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- 同一の感染症(疑われる者を含む)が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- 同一感染症における通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

報告日 令和5年11月29日

(宛先) 秋田市保健所長

(10時30分現在)

施設名 ○○園

施設長 ○○ ○○

社会福祉施設等における感染症発生報告（疑い含む）

施設	名称	○○園		所在地	秋田市八橋南一丁目8-3		
	施設区分	介護老人福祉施設		担当職氏名	△△ △△		
	TEL	018-883-1180		嘱託医氏名	□□ □□		
	FAX	018-883-1158		(所属)	(□□医院)		
患者発生 状況	疾患名	インフルエンザ●型 ※インフルエンザの場合はA型/B型まで記載してください					
	利用者	利用者・職員数			有症者数(実人数)	うち入院患者数	死亡者数
		(入所)	65	名	9	0	0
	在籍人数を 記載してください	(通所)	—	名	—	—	—
		(園児・生徒等)	—	名	—	—	—
	職員	60	名	1	0	0	
	合計	125	名	10	0	0	
報告している感染症と診断 されている人、 診断はされていないが同様の 症状を呈している人、 の実人数を記載してください	発生経過	月日	新規有症者数(実数)	主症状			
		11月24日	1名	☑嘔吐 ☑下痢 □腹痛 □悪心			
		11月25日	1名	☑発熱 □頭痛 □咽頭痛 □咳			
		11月26日	2名	□その他()			
		11月27日	2名	主な症状にチェックを 入れてください			
		11月29日	4名				
※記載欄が不足する場合は別紙(任意様式)				有症者数合計(実人数)			
				11月29日 現在 10名			
施設対応 状況	対応マニュアル	有					
	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者、家族への周知 <input checked="" type="checkbox"/> 園医、嘱託医への報告 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者、職員の健康管理 <input checked="" type="checkbox"/> 手洗いの徹底 <input checked="" type="checkbox"/> 消毒の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 感染防護衣の適切な使用 <input type="checkbox"/> 温度・湿度管理	<input type="checkbox"/> 当ではまるものに チェックを入れて ください	<input type="checkbox"/> その他(下記へ記載) <input type="checkbox"/> 左記以外の対応事項 がありましたら記載して ください				
園医、嘱託医の 指導、見解等							
その他 特記事項	有症状者増加については、園医または嘱託医へのご報告もお願いします						
保健所 記入欄	検査	有の場合					
	検体採取日	結果判明日					
	検出病原体	陽性者数					

※次の場合、速やかに保健所にファックス等で報告してください。

- 同一の感染症(疑われる者を含む)による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- 同一の感染症(疑われる者を含む)が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- 同一感染症における通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

報告日 令和5年11月29日

(宛先) 秋田市保健所長

(10時30分現在)

施設名 ○○通所事業所

施設長 ○○ ○○

社会福祉施設等における感染症発生報告（疑い含む）

施設	名称	○○通所事業所		所在地	秋田市八橋南一丁目8-3		
	施設区分	障がい者支援施設		担当職氏名	△△ △△		
	TEL	018-883-1180		嘱託医氏名	□□ □□		
	FAX	018-883-1158		(所属)	(□□医院)		
患者発生 状況	疾患名	インフルエンザ●型 ※インフルエンザの場合はA型/B型まで記載してください					
	在籍人数を 記載してください	利用者・職員数		有症者数(実人数)	うち入院患者数	死亡者数	
		利用者	(入所)	— 名	9 名	0 名	0 名
			(通所)	60 名	— 名	— 名	— 名
			(園児・生徒等)	— 名	— 名	— 名	
		職員		60 名	1 名	0 名	0 名
		合計		125 名	10 名	0 名	0 名
報告している感染症と診断 されている人、 診断はされていないが同様の 症状を呈している人、 の実人数を記載してください	発生経過	月日	新規有症者数(実数)	主症状			
		11月24日	1 名	☑嘔吐 ☑下痢 □腹痛 □悪心			
		11月25日	1 名	☑発熱 □頭痛 □咽頭痛 □咳			
		11月26日	2 名	□その他()			
		11月27日	2 名				
		11月29日	4 名				
			名				
	※記載欄が不足する場合は別紙(任意様式)		名	有症者数合計(実人数)			
			名	11月29日 現在 10 名			
施設対応 状況	対応マニュアル	有					
	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者、家族への周知 <input checked="" type="checkbox"/> 園医、嘱託医への報告 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者、職員の健康管理 <input checked="" type="checkbox"/> 手洗いの徹底 <input checked="" type="checkbox"/> 消毒の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 感染防護衣の適切な使用 <input type="checkbox"/> 温度・湿度管理	<input type="checkbox"/> 当ではまるものにチェックを入れてください	その他(下記へ記載) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
園医、嘱託医の 指導、見解等							
その他 特記事項	有症状者増加については、園医または嘱託医へのご報告もお願いします						
保健所 記入欄	検査	有の場合					
	検体採取日	結果判明日					
	検出病原体	陽性者数					

※次の場合、速やかに保健所にファックス等で報告してください。

- 同一の感染症(疑われる者を含む)による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- 同一の感染症(疑われる者を含む)が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- 同一感染症における通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合