様式５２

集団発生時用

感染症患者等発生速報

(石川県能登北部保健所）

|  |  |
| --- | --- |
| 受理日 | 令和　　年　　月　　日（　）　　　時現在　　（第　　　報）赤枠内の項目を記入ください |
| 概要 | １ | 病　名 |   |
| ２ | 対象施設 |  | 施設区分： | 報告区分：　ア・イ・ウ |
|  | 施設名： |  |
|  | 代表者： |  |
|  | 住　所： |  |
|  | TEL： |  | FAX： |  |
|  | 全構成員数： | 利用者　　　人職員　　　　人 |
| ３ | 患者の状況 |
| ○ | 初発(推定)患者の発生時期：　　月　　日 |
|  | 症状等： |
| ○ | 現在までの有症状者数合計：　　　　人（うち利用者　　人、職員　　人） |
|  | 主な症状

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (　　　　　　) | 人 | (　 　　 　) | 人 | (　 　　　 　) | 人 |
| (　　 　　 　) | 人 | (　　　　　　) | 人 | (　　　　　　) | 人 |

うち通院患者数：　　　人（うち利用者　　　人、職員　　　人）（通院医療機関：　　　　　）うち入院患者数： 　人（うち園児等　　　人、職員　　　人） （入院医療機関：　　　　 ）（症状等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ○ | 原因病原体の検出状況：　　人（うち利用者　　　人、職員　　　人） |
|  | （原因病原体：　　　　　　） |
| ○ | 施設での対応状況 |
|  | ・・・ |
| ＜支援事項（指示内容）＞ |
| ・・・ |
| その他資料 | □　無し　　　　□　有り　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 報告者(日) | 　 | 令和　年　　月　　日（　） |

＜参考＞

※「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」

(平成17年2月22日老発第0222001号等厚生労働省老健局長等通知)より

４．社会福祉施設等の施設長は、次のア、イ又はウの場合は、市町村等の社会福祉施設等主幹部局に迅速に、感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに、併せて保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講ずること。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告区分 | ア．同一の感染症(食中毒)による(疑われる)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イ．同一の感染症(食中毒)の患者(又は疑われる者)が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合ウ．ア及びイに該当しない場合で、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を認めた場合 |

５．４の報告を行った社会福祉施設等においては、その原因の究明に資するため、当該患者の診察医等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう努めること。

○対象となる社会福祉施設等

|  |  |
| --- | --- |
| 施設区分 | １．介護・老人福祉関係　　　２．生活保護施設　　　　３．ホームレス関係施設４．児童・婦人関係施設　　　５．障害者関係施設　　　６．その他施設 |