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 |