

社会福祉施設等感染症（疑）集団発生について

施設名： _____

通報者 職・氏名： _____

施設	分類(1)			
	名称			
	代表者			
	所在地			
	電話 / F A X	/		
	利用者数	入所者： 名，入所者以外の利用者： 名，職員： 名 その他：() 合計： 名		
	給食施設 業者(2)	有(回 / 日，概ね 食 / 回) ・ 無 名称： 所在地： 電話：		

感染症の名称(3)							
発症者数 及び 経過	初発：	年	月	日(午前 / 午後	時	分)	
	発症者数：	名(年	月	日現在)			
	(内訳)利用者：	名，職員：	名，その他：	名			
	日付	階/児	階/児	階/児	階/児	階/児	職員
	定員	名	名	名	名	名	名
	/						
	/						
	/						
	/						
	/						
概要 (自由記載)							
主 症 状	発熱：	名(最高)	嘔吐：	名(最高	回)	
	下痢：	名(水様便：	名，血便：	名)			
	その他(
	重篤患者：	名：年齢及び状況等(
	入院患者：	名：年齢及び状況等(
受 診 状 況	有 ・ 無						
	有の場合	医療機関名：					

- 1 施設の分類：社会福祉施設，幼稚園，学校等
- 2 業者：施設独自の場合は「同施設」と，委託の場合は業者名等
- 3 感染症の名称：確定前は「・・・疑い」と記載