

施設等における患者発生状況報告票

施設から保健所への報告日時:		令和6年2月16日 14時30分頃									
施設名	特別養護老人ホーム●●●			施設長名	■■■■						
所在地	渋川市▲▲▲000-00										
TEL	0279-**-****	FAX	0279-**-****	発信者	○○○○						
定員	80	名	職員	60	名	(うち 調理従事者数 8 名)					
施設の 種類 (現員数)	・高齢者介護関係施設: <input type="checkbox"/> 養護老人()名 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人(77 名) <input type="checkbox"/> デイ・ショートステイ等()名 <input type="checkbox"/> 軽費老人()名 <input type="checkbox"/> 有料老人()名 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設()名 <input type="checkbox"/> その他()名 ・児童婦人関係施設: ()名 ・障害関係施設: <input type="checkbox"/> 知的()名 <input type="checkbox"/> 身体()名 <input type="checkbox"/> 精神()名 <input type="checkbox"/> 障害・重症心身()名 <input type="checkbox"/> その他()名 ・その他 <input type="checkbox"/> 学校()名 <input type="checkbox"/> 幼稚園()名 <input type="checkbox"/> 小学校()名 <input type="checkbox"/> 中学校()名 <input type="checkbox"/> 高等学校()名 <input type="checkbox"/> 病院()名 <input type="checkbox"/> その他()名										
	括弧内には、報告時点の利用者数を入力してください。										
施設の対応状況	1 同一感染症若しくは食中毒によると疑われる死亡者又は重篤者が1週間以内に2名以上発生した場合 2 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合 3 1. 2.に該当しないが、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、施設長が必要と認めた場合										
報告基準	【○で囲む】										
初発 ~ 令和6年2月16日 までの発症者 実人数											
年齢区分(歳)	6以下	6~12(小学生)	13~15(中学生)	15~19代	20~30代	40~50代	60代	70代	80以上	合計	
全利用者内訳							4	24	49	77	
患者	利用者	患者か否かにかかわらず、全利用者の年齢区分別内訳を入力してください。						1	3	8	12
	職員							1			2
入院(再掲)	利用者									1	1
	職員										0
主な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱(38~39 °C) <input checked="" type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様 <input type="checkbox"/> ノロ様 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()										
主に現れている症状を選択してください。											
患者発生	初発患者: 令和6年2月9日 10時30分頃										
状況経過等その他	思い当たる飲食物: <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> その他()										
	思い当たる行動等: <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外泊 <input checked="" type="checkbox"/> 面会 面会に来た息子が後日陽性判明 <input type="checkbox"/> その他()										
診断名	新型コロナウイルス感染症			担当医師名							
以下、保健所記入欄											
受信者	渋川 保健福祉事務所(保健所) 担当者:										
日時	令和 年 月 日 時 分										
確認指導等	<input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 終息確認 <input type="checkbox"/> その他										
その他参考となる事項	※発生状況のグラフ(流行曲線)などを添付。										