

FAX送付状 (FAX 0957-26-9870)

長崎県県央保健所 企画調整課 担当者 様

報告年月日 令和 年 月 日

施設名称										
施設住所										
担当者名	役職	職種	氏名	TEL	FAX					
疾患名										
概要 (感染源・経路)										
初発年月日	令和	年	月	日	時	分頃				
発生規模 (初報告時)	有症状者(疑い含む) 計		名、	患者	名、	職員	名			
	確定患者 計		名、	患者	名、	職員	名			
	再掲	重症者 計	名、	患者	名、	職員	名			
	死亡者 計		名、	患者	名、	職員	名			
主な症状	発熱、下痢、吐気、嘔吐、腹痛、倦怠感、食欲不振、その他 ()									

発生状況	在籍数	初発患者発生日から報告日までの毎日の新たな発生数								
		/	/	/	/	/	/	/	/	計
入院患者		()	()	()	()	()	()	()	()	()
職員(看護師)		()	()	()	()	()	()	()	()	()
職員(介助職)		()	()	()	()	()	()	()	()	()
職員(専門職)		()	()	()	()	()	()	()	()	()
職員(事務系)		()	()	()	()	()	()	()	()	()
調理従事者		()	()	()	()	()	()	()	()	()
通所者		()	()	()	()	()	()	()	()	()
全利用者数		()	()	()	()	()	()	()	()	()

* () 内は菌検査等による確定患者数を再掲すること

対策状況	感染対策委員会	
	職員の就業制限	
	感染拡大防止策	
	治療・予防投薬	
	処置・環境・消毒	
	その他	予防接種の有無

* 本報告は、患者及び職員が同一疾患に罹患し10名以上の院内感染となった場合、又は院内感染により死亡・重症者が1名以上発生した場合に管轄の保健所へ報告するための様式です。