

FAX送付状 (FAX 0920-47-6357)

長崎県吉岐保健所 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。

院内疫学調査票

医療機関把握用

No	氏名	年齢	性別	区分 (患者・職員)	部屋名 (職員は職種・担当)	感染源等 (行動特記)	菌検査 結果	ワクチン 接種歴	発症日と主たる症状・経過										備考			
									/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

*日毎に症状等を記載し発症者の状態管理を行うこと。同一症状の場合は→記載で可