記入例

【 様式１ 】

（社会福祉施設用）

インフルエンザ様疾患の発生報告（初回報告用）

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 令和３年１２月８日　９時００分

発 信 者　○○　○○

施設種別　△△△△△

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

発生施設名 ◇◇◇◇◇◇ 　　　　　　　　　　施設長名　○○　○○

所在地　　 □□□□□□□□ 電話番号　×××××××××

インフルエンザ様症状を有する者が次のとおり発生しましたので、報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の  総人員 | ・入所：入所者数　　　５０　人  12/6の4名－治癒1名＋新規3名＝6名  ・通所：通所者数　　　　０　人  ・職員：　　　　　　　３０　人  Ｃの合計が10名以下であり報告不要 | | | | | | |
| 発生状況  最初の発症者 | インフルエンザ様症状を有する者 | | | | | | |
| 月／日 | Ａ 新規発症者数（人） | | Ｂ 現在有症状者数（人） | | Ｃ 累計患者数（人） | |
| 入所者・通所者 | 職員 | 入所者・通所者 | 職員 | 入所者・通所者 | 職員 |
| 12／ 4 | １ | ０ | １ | ０  治癒１名 | １ | ０ |
| 12／ 5 | １ | ０ | ２ | ０ | ２ | ０ |
| 12／ 6 | ２ | １ | ４ | １ | ４ | １ |
| 12／ 7 | ３ | １ | ６ | ２ | ７ | ２ |
| 12／ 8 | １ | ０ | ７ | ２ | ８ | ２ |
| ／  12/8に10名以上（8+2=10）となったので、12/4以降の状況を12/8報告 |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ※Ｃ欄は、Ａ欄の数の累計を記入してください。 | | | | | | |
| 迅速検査  の結果 | Ａ型陽性　　　　　　　９人　　　　Ｂ型陽性　　　　　０人  ＡＢともに陰性　　　　０人　　　　検査未実施　　　　１人 | | | | | | |

報告の速さを優先するので、分かる範囲で記載

|  |
| --- |
| ※報告を行う場合  診断した医師により症状や所見からインフルエンザが疑われ、次のいずれかに該当する場合   1. 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 2. （同一感染症による）累計患者数が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合   ③　①及び②に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合 |