

**「感染症の集団発生疑い事例」の連絡票(社会福祉施設)
【備中保健所井笠支所へのFAX送信(0865-63-5750)】**

連絡票送信日時: 年 月 日 (時)		保健所受付日時: 年 月 日 (時)	
I 所属等	①施設名:		③メールアドレス:
	②施設住所:		④電話番号: ⑤FAX番号:
	⑥報告者氏名: (職種)		
II 疾患	感染性胃腸炎様症状 ・ インフルエンザ様症状 ・ その他()		
III 施設概要	①在籍者: 名	入所者: 名 / 短期入所者: 名 / 通所者: 名	
	②職員数: 名	③再掲職員の職種及び人数(調理員を含む)	
	④給食の有無:		
	⑤嘱託医師所属医療機関名: (医師名:) (電話:)		
IV 感染症(疑い含む)発生及び対応状況	①初発患者発生日: 年 月 日		
	②初発患者情報: 年齢() 性別() 既往症()		
	③初発患者の症状等(症状や時期、喫食・行動情報等具体的に記入してください)		
	④重症者の有無 有 ・ 無	⑤重症者の状況(受診や入院等について、わかる範囲で記入してください)	
	⑥初発日から報告日までの発症者数(疑い事例含む) 入所者: 人 職員: 人(再掲:職員のうち調理員 人)		
	⑦発症者の状況(疑い含む)……症状(下痢・嘔吐・腹痛等)や時期について具体的に記入してください		
	⑧受診状況……受診者数や受診医療機関、検査・確定診断の有無等を記入してください ・受診者: 人 ・受診医療機関: ・検査を受けた人数: 人 ・診断を受けた人数: 人(診断名:)		
	⑨施設での感染防止対策の実施状況、困り事等		