

(あて先) 仙 台 市 健 康 福 祉 局
 介 護 事 業 支 援 課 施 設 指 導 係
 (F A X : 2 1 4 - 4 4 4 3)

施設・事業所名 _____

報告者名 _____

T E L _____

感染症等の発生事例報告書（随時報告）

【連絡理由】

- 同一の感染症・食中毒、又はそれらによると疑われる者が **10名以上又は全利用者の半数以上**発生した場合
- 同一の感染症・食中毒、又はそれらによると疑われる **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
- 上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われる等、特に施設長が報告を必要と認めた場合

1. 入居者数、利用者数等

長期・短期の区別がない場合は（※）への記入不要

利用者数 (登録者数)	長期 (※)	名
	短期 (※)	名
	合 計	名
職 員 数		名
合 計		名

2. 発生している感染症等

○で囲んでください。

インフルエンザ (A 型 ・ B 型) ・ 感染性胃腸炎 ・ 疥癬 結核 その他 ()
--

3. 有症者数

年 月 日 () ~ 月 日 () 時 分 現在の状況

	受診有			受診無	死亡	備 考
	陽性	陰性	入院	疑い		
利用者						
職 員						
合 計						

この様式 1 は、初回のみ提出。様式 2 については、終息まで毎日、介護事業支援課あて FAX 報告してください。