

## 別記様式 1

## 感染症（疑）発生報告票

①報告年月日	令和元年5月1日（月） 午前10時00分現在			
②施設等の名称 （種別）	〇〇〇荘 （特別養護老人ホーム）			
③電話番号 （FAX）	〇〇-〇〇〇〇 （FAX 〇〇-〇〇〇〇）			
④報告者	職名	施設長	氏名	〇〇 〇〇
⑤診断名	感染症（疑）の内容  感染症（ノロウイルス）の疑い			
⑥患者	※別紙に記載			
⑦施設等の概要	所在地	函館市〇〇町〇〇番〇〇号		
	入所者数等	定員 〇〇 名（現員 〇〇 名）		
	職員数等	職員（うち調理員）〇〇名（名・外部委託 〇〇名）		
⑧症状・経過	4～5日前から入所者・職員に下痢・嘔吐・発熱の症状があり，現在10名が発症。			
⑨治療状況	有症者は協力病院を受診，2名入院			
⑩対応	施設の嘱託医の指示により施設内の消毒，協力病院受診者を除く入所者および職員全員の診察			
⑪備考	※調理員等給食担当職員が外部委託の場合は，業者名等を記載  調理業務～函館市〇〇町〇〇番〇〇号 （株）〇〇〇〇 （t e l 〇〇-〇〇〇〇）			