**医療機関用**

**※管理者・院内感染対策委員会へ報告の上、この様式を記入し保健所へ送付及び連絡してください。**

**様式１**

**感染症発生状況連絡票**

連絡日時　　　年　　　月　　　日　　　時

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名  （代表者名） |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |
| 連絡者氏名 |  | 連絡者所属 |  |
| 総入院者数  （連絡時点） | 名 | 職員数  （連絡時点） | 名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡理由 | □同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑わる死亡者又は重篤患者が１週間内に２名以上発生した場合 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| □同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| □その他 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| 主な病名 | インフルエンザ　Ａ　・　Ｂ　／ 新型コロナウイルス感染症  ／　感染性胃腸炎（　　　　　　　　　　　　　）　／ 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給食等 | □施設内調理　　　□施設外調理 |

○発生状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初発年月日 | 年　　　　月　　　　日（最初の有症状者が発生した日） | | | | | |
|  | **初発日以降、日ごとの新たな有症状者を記入して下さい** | | | | | |
| 月日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 入院患者者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 今後の対応計画  その他連絡事項  ※ワクチン接種状況等 | | | | | | |

※集団発生時と終息時にご報告をお願いします。必要に応じて保健所から感染拡大状況等を確認します。

**感染症発生状況連絡票**

**※管理者・院内感染対策委員会へ報告の上、この様式を記入し保健所へ送付及び連絡してください。**

**様式１**

**医療機関用**

連絡日時　　　年　　　月　　　日　　　時

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名  （代表者名） | 〇〇病院  （病院長　○○　○○） | 電話番号 | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 住所 | 尼崎市〇〇〇〇 | ＦＡＸ番号 | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| E-mail | 〇〇〇〇＠〇〇〇〇 |
| 連絡者氏名 | 尼崎　太郎 | 連絡者所属 | 感染制御部 |
| 総入院者数  （連絡時点） | １５０名 | 職員数  （連絡時点） | ８０名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡理由 | □同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑わる死亡者又は重篤患者が１週間内に２名以上発生した場合 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| ☑同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合 |
| （　１０月　１５日　から　　延有症状者　　１２ 　名） |
| □その他 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| 主な病名 | インフルエンザ　Ａ　・　Ｂ　／ 新型コロナウイルス感染症  ／　感染性胃腸炎（　　　　　　　　　　　　　）　／ 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給食等 | ☑施設内調理　　　□施設外調理 |

○発生状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初発年月日 | 令和５　年　１０　月　１５　日（最初の有症状者が発生した日） | | | | | |
|  | **初発日以降、日ごとの新たな有症状者を記入して下さい** | | | | | |
| 月日 | １０月１５日 | １０月１６日 | １０月１７日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 入院患者者 | １　人 | ３　人 | ４　人 | 人 | 人 | 人 |
| 職員 | 人 | ２　人 | ２　人 | 人 | 人 | 人 |
| 今後の対応計画  　連携する△△病院のICTによるラウンド、助言を受ける予定  その他連絡事項  ※ワクチン接種状況等  　患者発生病棟職員の８割のワクチン接種を確認。 | | | | | | |

※集団発生時と終息時にご報告をお願いします。必要に応じて保健所から感染拡大状況等を確認します。