社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告書

大田原市長　様

施　設	分類（※1）	
	名　称	
	代表者	
	所在地	
	電話／FAX	／
	利用者数	入所者:　　名、入所者以外の利用者:　　名、職員:　　名 その他:（　　）　合計:　　名
	給食施設	有（　　回／日、概ね　　食／回）　・　　無
	→業者（※ 2）	名　称: 所在地:　　電話:
（疑） 感染症	（疑われる） 感染症の名称（※3）	（現在までの発症者数:　　名）
医療機関受診状況		有　・　無
		（有　の場合→医療機関名:　　）
主症状	発　熱（　　℃程度）〔　　人〕、腹　痛〔　　人〕 おう吐（　　回程度）〔　　人〕 下痢（水様便:　　人《　回～　回》）、（粘血便:　　人《　回～　回》）、 （血　便:　　人《　回～　回》） その他（　　）	
	●重篤患者（　　名:年齢及び状況等:　　） ○入院患者（　　名:年齢及び状況等:　　）	
初　発	月　　日〔　　時〕　（　　才）	
経　過	月　　日（　　人）〔　　才～　　才〕 月　　日（　　人）〔　　才～　　才〕 月　　日（　　人）〔　　才～　　才〕 月　　日（　　人）〔　　才～　　才〕 月　　日（　　人）〔　　才～　　才〕	

※1　施設の分類:社会福祉施設等、幼稚園、学校、飲食店等の詳細を記載すること。

※2　業者:施設独自の場合は「同施設」と、委託の場合は業者名等を記載すること。

※3　感染症の名称:確定前は「・・・の疑い」と記載すること。