和歌山市保健所宛て

（総務企画課）

ＦＡＸ：073－４３３－２３１３

mail: soumukikaku@city.wakayama.lg.jp

電話：０７３－４８８－５１０９

（平日）

０７３－４３２ー０００１

（土日・夜間、市役所警備）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **感染症（疑い）発生連絡票** | | 連絡日 年 月 日 | |
| 事業所又は施設名 |  | | |
| 所在地 |  | 連絡先 |  |
| 連絡者職・氏名 |  | 嘱託医名 |  |
| 入所（利用者）数 | 入所利用者数 　　　 　名  通所利用者数　　　　　　名 | 職員数 | 一般職員 名  給食職員 名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **概要** 感染拡大防止のため、早期に、連絡をお願いします。 | | | | | | | | | |
| 有症状者数 | 月 日から 延有症状者 名 | | | | | | | | |
| 主な症状 | □下痢 □おう吐 □腹痛 □発熱 □咳 □鼻水 □発疹、皮膚の異常  □その他 （ ） | | | | | | | | |
| 治療状況 | 投薬状況：  入院者数 名 | | | | | 医療機関診断名  検査結果等 | | ＊インフルエンザの場合は Ａ型Ｂ型わかれば記入 | |
| 給食等 | □有（施設内調理・施設外調理）  □業者委託 | | | | | 行事等 | | ＊感染症発生前２週間の行事 | |
| □無 | | | | |
| 発生状況 | ＊発生初日から毎日の新たな発症者数のみを記入してください。 | | | | | | | | |
| 発症日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | 合計 |  |
| 入所者・利用者 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 職員 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡時の対応状況 | | | |
| １．患者の健康管理 | 有 | • | 無 |
| ２．患者の隔離 | 有 | • | 無 |
| ３．職員への周知 | 有 | • | 無 |
| （手洗いの徹底） | 有 | • | 無 |
| ４．食堂やレクなどの一次使用停止・中止 | 有 | • | 無 |
| ５．利用者家族等面会者へのお知らせ掲示 | 有 | • | 無 |
| ６．感染症対策マニュアルの作成 | 有 | • | 無 |