

(様式1)

感染症・食中毒疑い事例発生報告書

記入例

報告作成日: R〇年 1月 19日

施設名	〇〇こども園	施設等種別	こども園
連絡者	元城 町子	施設長 (管理者)	浜松 市郎
所在地	浜松市 〇〇区〇〇町〇〇〇 - 〇		
電話	053-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	053-〇〇〇-〇〇〇〇
嘱託医師	〇〇 〇〇 (医療機関名 〇〇小児科医院)		
発生日時	R〇年 1月 19日 〇時 ~		

診断名	ノロウイルス
主な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 神経症状(しびれ、意識障害等) <input type="checkbox"/> その他 ()

発症経過	フロア・ユニット・学級等	在籍者数	発症者数 (発症日別)					小計
			1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	
利用者	1階0歳児	16	1	2	4	2	8	
	1階1歳児	20			1	4	5	
	1階2歳児	20						
	2階3歳児	20						
	2階4歳児	30						
	2階5歳児	30						
利用者合計		146	1	2	5	6	13	
職員	職員	20			1 (早退)	1 (病欠)	3	
	調理従事者	10						
職員合計		30			1	2	3	

各ユニット・フロア、学級(クラス)の総人数

新たな発症者を計上する

非常勤・臨時職員含む

調理業務委託の従業者含む

初発からの(関連性のある)発症者(利用者+職員)の累計が10人を超えた場合報告する(20人以下の施設は半数以上) 他、厚労省通知参照

受診状況	受診者数	12人	喫食状況	給食 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input checked="" type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理 → <input checked="" type="checkbox"/> 残食あり <input checked="" type="checkbox"/> 検食あり
	入院者数	1人		その他共通喫食 <input checked="" type="checkbox"/> あり (餅つき) <input type="checkbox"/> なし
直近(2週間以内)の行事等	① 1月16日 広場事業と合同 (内容 餅つき) <input checked="" type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出		家族等への情報提供	<input type="checkbox"/> 電話・口頭 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内掲示 <input type="checkbox"/> 書面で周知 <input checked="" type="checkbox"/> メール・アプリ
	② 1月20日 中止も検討中 (内容 誕生日会) <input checked="" type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出			
対応状況 (実施したものにチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 手洗い・手指消毒の徹底 <input checked="" type="checkbox"/> ペーパータオル使用 <input checked="" type="checkbox"/> 使い捨て手袋の使用 <input checked="" type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> 換気の徹底 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内の消毒 <input type="checkbox"/> ゾーニング <input type="checkbox"/> 施設閉鎖・休業等 <input type="checkbox"/> その他 ()			

種別ごとの報告先から施設所管課を確認記入

嘱託医への連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> これから	施設側の判断	<input checked="" type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 食中毒
施設所管課への報告	<input checked="" type="checkbox"/> 幼保運営課 (mail:u-youho@city.hamamatsu.shizuoka.jp) <input checked="" type="checkbox"/> FAX: 457-2039		
保健所への報告 (TEL及びFAXをする)	<input type="checkbox"/> 感染症疑い:生活衛生課感染症対策G (TEL: 453-6118 FAX: 453-6230) <input type="checkbox"/> 食中毒疑い:生活衛生課食品安全対策G (TEL: 453-6114 FAX: 050-3737-7512)		

※本様式は該当事案を把握次第、直ちに各施設を所管する課と保健所の両方へ送付する。