

## 感染症の発生に関する報告書

報告日： 年 月 日

## ○基本情報

法人名	
事業所名	
事業所所在地	
サービス種別	
定員	
感染症（種類）	
報告理由	10人以上の感染 ・ 全利用者の半数以上の感染

## ○感染者の状況

発生日（最初に発生した日）				
感染者数	利用者	人	職員	人
症状の有無 ※感染者である利用者、職員の症状の有無を記載してください。	症状あり	人	症状あり	人
	症状なし	人	症状なし	人
主な症状				
特記事項 ※利用者が入院した場合など、特別な事情があれば記載してください。				

## ○関係機関への報告

愛知県、保健所への報告	愛知県： 未 ・ 済	保健所： 未 ・ 済
-------------	------------	------------

## ○対応状況

協力医療機関名※	

※「協力医療機関名」欄は、通所介護事業所等で協力医療機関がない場合は記載の必要はありません。

連絡先	担当者氏名：	電話番号：
-----	--------	-------

感染症の発生に関する報告書

報告日：2023年〇月〇〇日

○基本情報

法人名	社会福祉法人〇〇〇〇		
事業所名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇		
事業所所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇		
サービス種別	特別養護老人ホーム		
定員	100人		
感染症（種類）	新型コロナウイルス		
報告理由	10人以上の感染 ・ 全利用者の半数以上の感染		

○感染者の状況

発生日（最初に発生した日）	2023年〇月〇〇日			
感染者数	利用者	10人	職員	2人
症状の有無 ※感染者である利用者、職員の症状の有無を記載してください。	症状あり	8人	症状あり	2人
	症状なし	2人	症状なし	0人
主な症状	発熱、咳、倦怠感			
特記事項 ※利用者が入院した場合など、特別な事情があれば記載してください。	利用者のうち2名が〇〇〇病院に入院			

○関係機関への報告

愛知県、保健所への報告	愛知県： 未 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 済	保健所： 未 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 済
-------------	--	--

○対応状況

ゾーニングを行った上で、陽性者は施設内個室に隔離 保健所に相談し、〇月〇日に全利用者・職員に対するPCR検査を実施 協力医療機関の指示により症状が重い利用者2名を入院措置	
協力医療機関名*	医療法人〇〇会〇〇〇病院

※「協力医療機関名」欄は、通所介護事業所等で協力医療機関がない場合は記載の必要はありません。

連絡先	担当者氏名：〇〇 〇〇	電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
-----	-------------	-------------------