### **【様式】　感染症等（疑）発生報告書**

**感染症等（疑）発生報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 報告年月日 |  |
| 施設名称 |  |
| 施設概要 | 施設等種別 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 連絡先電話番号FAX番号メールアドレス | 連絡者：（職名）　　　　　　　　　　　（氏名）電話番号　　　　　　－　　　　　－　　FAX番号　　　　　　－　　　　　－メールアドレス |
| 施設職員及び利用者等人数（その他該当する職種等がありましたら記載し人数を入れてください） | 職員　　　合計　　　　人 |
| 施設長　　　　　　　　　　　人 | 看護師　　　　　　　　　人 | 介護士　　　　　　　　　人 |
| 支援員　　　　　　　　　　　人 | 作業療法士　　　　　　人 | 事務員　　　　　　　　　人 |
| 人 | 　　　　　　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　　　　　　人 |
| 入所者　　　　　　　　　　　人 | 通所者　　　　　　　　　人 | 人 |
| 人 | 人 | 人 |
| 有症状者の発生状況 | 　　　月　　　日　　　　時　　　　分現在の有症状者は職員　　　　　　人中　　　　　　　人利用者　　　　　人中　　　　　　　人　 |
| 有症状者の受診・治療状況　※ |  |
| 施設の対応　※ |  |
| 備考 |  |

※施設等で作成した書面の提出でも可。