

社会福祉施設等感染症等発生報告書(第 報)

静岡市介護保険課

事業所名(施設名)			事業・施設の種類	
所在地			利用者数	
施設長名			職員数	
発症の状況	介護保険課への報告日	令和 年 月 日	利用者	人 (男 人・女 人)
	患者人数等	総数 人	職員	人 (男 人・女 人)
	年齢	利用者(歳～ 歳)・職員(歳～ 歳)		
	発症日	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
	症状の程度			
	入院の有無	無・有(人)	利用者	(男 人・女 人)
			職員	(男 人・女 人)
	受診医療機関			
その他参考となること				
施設の対応状況	有症者への対応			
	衛生管理状況			
	その他			
保健所から施設への指導内容				
判明次第	菌検査等の結果	(令和 年 月 日記載)		
	発生原因 感染経路等	(令和 年 月 日記載)		