

社会福祉施設等感染症等発生報告書(第 報)

函南町福祉課

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	福祉課への報告日	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	年 月 日～ 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	(年 月 日記載)	
	発生原因 感染経路等	(年 月 日記載)	