**社会福祉施設等における感染症集団発生　健康調査票**

高齢者・障がい者入所施設用

**年　　　月　　　日**

**【報告基準について】**

・同一の感染症による又はそれと疑われる死亡者又は重篤患者が１週間以内で２名以上発生した場合

・同一の感染症又はそれが疑われるものが10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

・上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | | 担当者  TEL | | | | | | | | | |
| 部署 | 新規 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| (在籍　　　名) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (在籍　　　名) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (在籍　　　名) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (在籍　　　名) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (在籍　　　名) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職員  (在籍　　　名) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計  （在籍　　　名） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

・入所施設は、新規発生0名が2日続くまで日付を右に付け足して新規発生人数を報告してください。

・職員発生時は所属ユニット名を備考欄に書いてください。

・通所施設は、初回報告時のみ健康観察表を使用し、原則として毎日の人数報告は不要です。新規発生0名が2日続いたら、保健所にご連絡ください。

**村山保健所感染症対策室　　電　話：023-627-1105　FAX：023-627-1126**

**メール：kenkokansatsu@pref.yamagata.jp**

令和６年４月　村山保健所作成