

施設（保育所）からの胃腸炎症状発生 報告票

下記の報告基準ア・イ・ウのいずれかに該当する場合には市町村主管課及び保健所へ報告をする。

（「社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告について」平成17年2月22日厚生労働省通知）

報告基準	
<input type="checkbox"/> ア	同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者※が1週間以内に2名以上発生した場合 ※症状が非常に重い、危篤状態の患者
<input type="checkbox"/> イ	同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
<input type="checkbox"/> ウ	ア及びイ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

報告日時	平成	年	月	日	()	時	分	
報告受付	所属名					氏名		

○施設基本情報

施設名				施設区分	<input type="checkbox"/> 認可(公) <input type="checkbox"/> 認可(私) <input type="checkbox"/> 認可外		
住所				相談者(役職)			
電話	-	-		FAX	-	-	
利用者数	0歳児	人	(定員 人)	3歳児(年少)	人	(定員 人)	
	1歳児	人	(定員 人)	4歳児(年中)	人	(定員 人)	
	2歳児	人	(定員 人)	5歳児(年長)	人	(定員 人)	
	混合クラス	()					
職員数	人 (看護師等の配置 <input type="checkbox"/> 園内 <input type="checkbox"/> 系列園 <input type="checkbox"/> (公立の場合)市町村役所)						
	調理関係	人					
園医	医療機関名			医師名			

○初発の概要 感染症の名称 ()

発生日時	平成	年	月	日	時頃	<input type="checkbox"/> 園児から <input type="checkbox"/> 職員から
発生の状況						
同時多発的発生	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					

○現在の状況

	園児	職員	
		調理関係外	調理関係
発症者累計	人	人	人
下痢	人	人	人
嘔吐 (園内での嘔吐 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	人	人	人
腹痛	人	人	人
食欲不振	人	人	人
発熱 <input type="checkbox"/> 高熱 <input type="checkbox"/> 微熱	人	人	人
その他の症状 ()	人	人	人
検査診断 ()	人	人	人
重症(当該疾患及び関連で入院した者)	人	人	人
治癒済	人	人	人

○欠席の状況(クラスごとの詳細) 欠席者計 人

--

○確認事項

保育時間中に発症した際の対応	<input type="checkbox"/> 別室で保護者の迎えを待つ <input type="checkbox"/> 保健室で保護者の迎えを待つ <input type="checkbox"/> 未対応
手洗い・うがい等	<input type="checkbox"/> ポスター掲示 <input type="checkbox"/> 保育士の呼びかけ <input type="checkbox"/> 実施できない ()
保護者への対応	<input type="checkbox"/> 感染症発生の旨、送迎時説明 <input type="checkbox"/> おたより配布 <input type="checkbox"/> 保育室等に掲示 <input type="checkbox"/> その他 ()
園児の健康状態の把握	把握の方法 ()
職員の健康状態の把握	把握の方法 ()
施設の環境	消毒の実施 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	消毒箇所 ()
	掃除の方法 ()
	掃除用具の管理 ()
給食以外の食事の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
園児による配膳等の当番	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
治癒後の登園	<input type="checkbox"/> 医師記載の治癒証明書(登園許可書)が必要 <input type="checkbox"/> 保護者記載の治癒証明書が必要 <input type="checkbox"/> その他 ()

○相談事項及び支援の要望

○第一報に対する指導及び対応

○所内打合せ結果

○施設調査

訪問日	月 日	調査内容は別紙に記録
-----	--------	------------

○行政検査

採取日	月 日	検体	<input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> その他 ()
結果	月 日	()	