

感染症集団発生報告(社会福祉施設用)

報告年月日:

施設名		施設種別					
所在地		電話番号					
施設長名		報告者名					
診断先、医師等		疾患名					
メールアドレス							
利用者・入所者	総数	名	職員	総数	名		
	患者数	名		患者数	名		
	外来点滴加療	名		外来点滴加療	名		
	入院患者数	名		入院患者数	名		
	ワクチン接種者数	名		ワクチン接種者数	名		
時系列発生状況(各日の初発患者数を記入してください)							
初発日以降	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
入所・利用者の発症者数	名	名	名	名	名	名	名
職員の発症者数	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	名	名	名	名
業務継続計画(BCP)の実施状況		BCPを実施している ・ BCPを実施していない(通常通り)					
業務の中断・延期・工夫等があれば記入してください。							
指定権者等の主管課へ報告状況		報告済 ・ 報告予定 ・ 未報告 ・ その他					
その他の報告事項							