

様式 1

## 食中毒、感染症患者（疑いを含む）発生報告書

年 月 日

保健所長 宛

施設種別

施設名

所在地

施設長（代表者名）

報告者

TEL / FAX

メールアドレス

### 発生内容

--

施設利用人数： 名（再掲：利用者 名 職員 名）

<発生の状況>（ 年 月 日時点）

※報告基準（1）・（2）・（3）・（4） 該当（いずれか○を付ける）

区 分		利用者	職 員	計
1	施設利用者及び職員のうち患者(症状のある者) ※新型コロナウイルス感染症の場合、診断された無症状者を含む			
2	1のうち治療中の者			
3	2のうち現在、同症状で医療機関に入院している者			
4	3のうち重篤患者数			
初発患者からの有症者数累計				

- ・経過記録表（様式3）を添付してください。
- ・「重篤患者」とは、医療機関に入院し、治療のためICUに入っているか人工呼吸器を装着する等の治療が必要な患者を指します。