【 様式１ 】

（社会福祉施設用）

　施設等 ⇒ 下関保健所保健医療政策課　宛**（ＦＡＸ:083-231-1376）**

**E-Mail:kansensho@city.shimonoseki.yamaguchi.jp**

新型コロナウイルス感染症の発生報告(初回報告用)

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年 月　　日

発 信 者

施設種別

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

発生施設名 　　　　　　　　　　　施設長名

所在地　　 電話番号

*※ 該当する基準に☑ をお願いします。*

**集団発生報告基準**

□ ① (同一の感染症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

□ ② (同一の感染症による)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

□ ③ ①及び②に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の  総人員 | 〇入所：入所者数　　　　　　人　　　〇通所：通所者数　　　　　　人  〇職員：　　　　　　　　　　人 | | | | | | |
| 発生状況 | 新型コロナウイルス感染症の症状を有する者 | | | | | | |
| 月／日 | A 新規発症者数(人) | | B 現在有症状者数(人) | | **C 累計患者数(人)** | |
| 入所者・通所者 | 職員 | 入所者・通所者 | 職員 | 入所者・通所者 | 職員 |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| 抗原検査 | □予定なし　□予定あり　→　実施時期（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 協力医 | 医療機関名： | | | | | | |
| 備　考 |  | | | | | | |