

(社会福祉施設用)

インフルエンザ様疾患の発生報告 (初回報告用)

平成24年12月5日 9時00分

発信者 ○○ ○○

施設種別 △△△△△

(フリガナ)

発生施設名 ◇◇◇◇◇◇◇◇

施設長名 ○○ ○○

所在地 □□□□□□□□

電話番号 XXXXXXXXXX

インフルエンザ様症状を有する者が次のとおり発生しましたので、報告します。

施設の 総人員	・入所：入所者数 <u>50</u> 人 ・通所：通所者数 <u>0</u> 人 ・職員： <u>30</u> 人		12/3の4名-治療1名+新規3名=6名					
発生状況	インフルエンザ様症状を有する者				Cの合計が10名以下であり報告不要			
最初の発症者	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	
	12/1	1	0	1	治療 1名	0	1	0
	12/2	1	0	2		0	2	0
	12/3	2	1	4		1	4	1
	12/4	3	1	6		2	7	2
	12/5	1	0	7		2	8	2
	/							
	/	12/5に10名以上(8+2=10)となったので、12/1以降の状況を12/5報告						
		※C欄は、A欄の数の累計を記入してください。						
迅速検査 の結果	A型陽性	<u>9</u> 人		B型陽性	<u>0</u> 人			
	ABともに陰性	<u>0</u> 人		検査未実施	<u>1</u> 人			

報告の速さを優先するので、分かる範囲で記載

※報告を行う場合

診断した医師により症状や所見からインフルエンザが疑われ、次のいずれかに該当する場合

- ① 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