

(別紙2)

「神戸モデルー早期探知地域連携システムー」
感染症（インフルエンザ含む）・食中毒 疑い発生状況連絡票

連絡日時 年 月 日 時

施設名 (代表者名)	()	電話番号	- -
住所		FAX番号	- -
連絡者氏名		嘱託医名 (連絡先)	(- -)
入所・利用者数	名	職員数	名

* 感染拡大防止のため、早期に情報を伝えていただく連絡票です。状況がわかり次第、連絡をお願いします

連絡理由	<input type="checkbox"/> 感染症・食中毒、又はそれらが疑われる者が1週間に2名以上発生した場合 月 日から 延有症状者 名			
	<input type="checkbox"/> 上記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 月 日から 延有症状者 名			
主な症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹、皮膚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受診状況	受診者数	名 (うち入院者 名)	医療機関 診断名 検査結果等	※インフルエンザの場合はA型B型わかれば記入
給食等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理	行事等	※発生前(直近)の集団活動等

* 発生状況

初発年月日	年 月 日 (最初の有症状者が発生した日)						
* 初発日以降、日ごとの新たな有症状者数を記入してください(記入方法は裏面参照)							
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
入所・利用者	名	名	名	名	名	名	名
職員	名	名	名	名	名	名	名
その他連絡事項 ※ワクチン接種状況、等							

情報伝達ルートは、各施設

- 保健福祉局高齢福祉部介護指導課
- 当該区保健福祉部又は当該衛生監視事務所 → 保健所