

「神戸モデル－早期探知地域連携システム」

感染症（インフルエンザ含む）・食中毒 疑い発生状況連絡票

下痢・嘔吐、咳や発熱など感染症が疑われる場合はご連絡ください

連絡日時：令和 2 年 4 月 28 日 10時

◎2重枠の中の項目は、初回報告以降は省略も可能です。

施設名	予防保育所 ( 神戸 太郎 )	連絡者氏名	対応 早子
-----	--------------------	-------	-------

住所	中央 区 加納町 6 - 5 - 1	電話番号	078-322-6789	FAX 番号	078-322-6763
施設Email *任意		嘱託医	安心小児科 TEL: 078-322-6783		
利用者数	145人	職員数	50人	給食等	<input checked="" type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理 <input type="checkbox"/> なし

◎感染拡大防止のため、感染症や食中毒、またはそれらが疑われる人が1週間に2人以上発生した場合や、特に施設長が報告を必要と認めた場合には、わかる範囲で記入し、速やかに連絡をお願いします。

有症状者の症状をチェック

おもな症状	<input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐 <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 ( )					受診者の受診状況等記入
受診状況	受診者数	2名 (うち入院者 0名)	診断名 検査結果	太陽小児科でロタウイルス診断者 1人 *診断がついている人があれば記入してください		
直近の行事 集団活動等	活動内容や日時、参加者等 4月26日親子遠足(貸切バス利用)、昼食は各自持参					行事、共通食、密度の高い活動 等記入

●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。(その日の有症状者の数ではありません)

最初の  
有症状者が  
発生した日

初発日	27日	28日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
4月26日													
利用者	1	1	3										
職員	0	0	0										

その日、新たに症状がでた人数のみ(新規有症状者数)記入

その他連絡事項等(実施している対応や困っていることなど、感染の広がりかたや症状の特徴など)

- ・発症児はすべて1歳児クラス(たんぽぽ組10人、同じ1歳児クラスのすみれ組(10人)では発症なし)、オムツ利用。ロタウイルスワクチン未接種は3人(無症状)  
兄弟関係で症状者なし
- ・延長保育利用児(7人→4/27発症1人、4/28発症1人)は他のクラスとの接触あり
- ・離乳食完了していない児で、軟便の児の保護者への健康確認、受診勧奨時期について苦慮

情報伝達ルート ⇒ 各施設 ⇒ 市所管課

保健センター(区子ども保健係) 衛生監視事務所(食中毒) ⇒ 保健所保健課

保健センター記入欄	初回	・	継続	・	終了	訪問	/	/	電話	/	/	/	/
-----------	----	---	----	---	----	----	---	---	----	---	---	---	---