

## インフルエンザ集団発生状況報告書(社会福祉施設)

報 告 日	年 月 日 時
記 載 者 報告書を記載した人の氏名	
施 設 名	
連 絡 先 ( 電 話 番 号 等 )	日中の連絡先 土日・夜間対応可能連絡先 ( )
全在籍者数(全学年、全クラス、 全 ユ ニ ッ ト )	名
全 ク ラ ス ( ユ ニ ッ ト ) 数	クラス(ユニット)
全 職 員 数 ( 常 勤 ・ パ ー ト 含 め た 数 )	常勤職員 名 非常勤・パート職員 名
初 発 患 者 の 発 症 日	年 月 日 所属
インフルエンザ総数(診断済み+発熱 などインフルザの有症状者のみを含む 下記①～④の総数)	(利用者) 名 (職員) 名
①インフルA(+) 者数(受診し診 断された人の数)	(利用者) 名 (職員) 名
②インフルB(+) 者数(受診し診 断された人の数)	(利用者) 名 (職員) 名
③インフル(+) 確定診断 型不明	(利用者) 名 (職員) 名
④診断未実施・ インフル様症状欠席者	(利用者) 名 (職員) 名
発症者内の重症患者の人数 上記①～②の内、人工呼吸器管理 した人など	重症者 名 (うち入院 名)
集団に基礎疾患(重症化リスク) を有する者の有無	あり( ) ・ なし
右記、対応済みの対策に☑をして ください。	<input type="checkbox"/> 保護者へのインフルエンザ流行についてのお知らせ <input type="checkbox"/> 職員間の情報共有 <input type="checkbox"/> 手洗いの強化 <input type="checkbox"/> インフルエンザの疑いのある児(人)の隔離 <input type="checkbox"/> 唾液や痰、鼻汁等が付着する可能性のある場所の 消毒用エタノール等での消毒 <input type="checkbox"/> 職員の咳などの有症状者のマスク着用 <input type="checkbox"/> 職員のインフルエンザ予防接種または接種歴の確認
<p><b>チェックリスト</b>を確認の上、FAX又はメールにて保健所へ送信し、<b>お電話</b>ください。</p> <p>FAX送信先：みなと保健所保健予防課保健予防係 宛 03-3455-4460 (FAX送信票不要)</p> <p>メール送信先：hoken02@city.minato.tokyo.jp</p>	