（送信票不要）

別紙様式１

報告日：　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 報告者職・氏名 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |

**社会福祉施設等における感染症発生報告**

**（新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ・感染性胃腸炎等の集団発生報告）**

**【報告理由】**　該当するものに☑をつけてください。

□ **同一の**感染症・食中毒（疑い含む）による有症状者が、**１週間で１０名以上**（または全利用者

の半数以上）発生

□ **同一の**感染症・食中毒（疑い含む）による死亡または重篤患者が、1週間で２名以上発生

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日 | ～ | 年　　　月　　　日発生分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **１週間の患者発生数** | **疾患別患者数（内訳）** | |
| **利用者** |  | **新型コロナウイルス感染症** |  |
| **インフルエンザ** |  |
| **感染性胃腸炎** |  |
| **その他（　　　　　　　　）** |  |
| **職員** |  | **新型コロナウイルス感染症** |  |
| **インフルエンザ** |  |
| **感染性胃腸炎** |  |
| **その他（　　　　　　　　）** |  |

**※初回報告の際は、患者の状況や施設の対応等について、別途保健所まで電話でご報告ください。**

＜連絡先＞

新潟市保健所　保健管理課　感染症対策室

電話：０２５－２１２－８１２３（直通）

ＦＡＸ：０２５－２４６－５６７２

メール：hokenkanri@city.niigata.lg.jp