**事故報告書（食中毒又は感染症用）**

　　年　　月　　日

（あて先）名古屋市健康福祉局介護保険課長

食中毒又は感染症の発生について、下記のとおり報告します。

１　事業所又は施設の詳細

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービスの種類 | 事業所（又は施設）所在地 | |
|  |  | |
| 事業所番号 | 事業所（又は施設）名称 | 法 人 名 |
|  |  |  |

２　疾患名

　　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

３　報告理由（例：事業所全体で１０名以上が罹患したため　等）

　　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

４　対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 入所者 | 人中　　　人（うち入院者　　　　人） |
| 通所者 | 人中　　　人（うち入院者　　　　人） |
| 職員 | 人中　　　人（うち入院者　　　　人） |

５　発生日（最初に患者が発生した日）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

６　発症者の主な症状（該当するものに○を付すこと。）

１下痢　 ２ 嘔吐　 ３腹痛　 ４発熱　 ５ 咳、咽頭痛、鼻水 　６発疹、皮膚の異常

７その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７　発生の経緯（発見の端緒、感染経路　など）

|  |
| --- |
|  |

８　事業所又は施設の措置、対応（施設運営内容の変更、保健所の指示　など）

|  |
| --- |
| 管理者氏名：　　　　　　　　　（連絡先：℡（　　　）　　　―　　　　） |

※本様式で全ての内容が記載できない場合は、本様式に別紙を添付し報告すること。