

集団施設における下痢・おう吐・かぜ様症状を呈する患者の発生について

報告年月日 令和 年 月 日

概要	※施設規模(利用者数及び職員数等)、施設利用形態(入所者、通所者数)、有症者の状況等		
施設の名称	施設長		
施設所在地			
施設種別			
担当(報告)者	職・氏名	TEL () -	FAX () -
初発年月日	令和 年 月 日 時 分頃		
有症者数 月 日 時現在	有症者 名(うち死亡: 人。重症: 人。入院: 人、通院: 人。)		
	※死亡者及び重症者については医療機関の名称、電話番号、担当医師の氏名 ※詳細は別紙 患者発生状況に記載		
主な症状	発熱、下痢、吐気、嘔吐、腹痛、倦怠感、食欲不振、その他()		

施設の 対応状況	※記載例: 対策会議、有症者の把握体制、有症者へ対応内容、消毒の実施状況、職員・家族への周知等		

参考

《社会福祉施設等における健康危機管理のための衛生管理マニュアルから抜粋》

おう吐、下痢など感染症状が発生した場合、施設職員は、感染症の症状を緩和し回復を促すために、速やかに配置されている医師や看護職員に連絡して指示を仰ぐとともに、必要に応じて、協力病院をはじめとする地域の医療機関との連携を図り、早期に対応してください。

特に高齢者の場合、脱水症状で体力が低下したり、吐びつを誤嚥しやすくなったりすることもあり、重症化することもあるので、疑わしい症状が生じた場合には、協力病院をはじめとする地域の医療機関への早期受診など適切な対応を取りましょう。

【行政への報告】

施設長等は、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」(平成18年厚労告268)に定められた事項(下記報告要件)が発生した場合、迅速に市町村等に報告し、指示を求めるなどの対策等をしてください。

<報告要件>

- イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると思われる死亡者又は重篤な患者が1週間内に2名以上発生した場合
- ロ 同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- ハ イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に管理者等が必要と認めた場合

連絡先	四日市市保健所	FAX	059-351-3304	
	保健予防課	電話	059-352-0595	メールアドレス: hokenyobou@city.yokkaichi.mie.jp
	衛生指導課	電話	059-352-0612	(食品、食中毒等に関すること)

(保健所記載)

対応記録

担当

施設担当者(電話対応者)