

感染症・食中毒発生状況報告書

年 月 日

（宛先）箕面市長

法人名 _____

代表者名 _____

所在地 _____

報告者職・氏名 _____

事業所名 _____

事業所所在地 _____

電話番号 _____

サービスの種別	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	利用者定員	人
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス	実利用者数	人
	<input type="checkbox"/> 児童福祉サービス		
	<input type="checkbox"/> その他の保健福祉サービス		
感染症等の分類・名称	<input type="checkbox"/> 1類（名称： _____） <input type="checkbox"/> 2類（名称： <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他（ _____）） <input type="checkbox"/> 3類（名称： _____） <input type="checkbox"/> 4類（名称： _____） <input type="checkbox"/> その他（名称： <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他（ _____））		
感染者数（疑いを含む）	利用者	人 (うち、死亡者又は重篤患者数 人)	
	従業者等	人 (うち、死亡者又は重篤患者数 人)	
発生経過	【最初に感染症等が発生した日時】 【発生の状況、おもな症状等】		
発生後の対応			
再発防止策及びその他特記事項	【従前から講じていた予防策】 【今後取り組む予防策】		

※感染症等の発生があった（疑いを含む）場合は、速やかに電話等で第一報を市に報告してください。
 ※この様式の代わりに、国または大阪府の様式を用いて、市に報告いただいても構いません。