

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

事業所電話番号

サービスの種別	☐ 介護保険サービス ☐ 障害福祉サービス ☐ 児童福祉サービス ☐ その他の保健福祉サービス		利用者定員	人
			実利用者数	人
感染症等の分類・名称	☐ 1類（名称： ） ☐ 2類（名称： ☐ 結核 ☐ その他（ ） ☐ 3類（名称： ） ☐ 4類（名称： ） ☐ その他（名称： ☐ 食中毒 ☐ 感染性胃腸炎 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ インフルエンザ ☐ その他（ ）			
患者数 （疑われる者を含む。）	利用者	（うち、死亡者又は重篤患者数 人）		
	従業者等	（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、主な症状等】			
発生後の対応				
予防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等】			

※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、国又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。