

様式 2

感染症(疑い)最終報告書

報告日：平成〇〇年〇〇月〇〇日

報告者：〇〇 〇〇

発生施設名	〇〇〇〇病院					
施設所在地	津市〇〇町〇〇番地〇〇					
代表者職・氏名	院長 〇〇 〇〇					
連絡先	TEL059-000-0000 FAX059-000-0000					
利用者数	入院患者数 〇〇 名 (平成〇〇年〇〇月〇〇日現在)					
職員数	〇〇 名 (+給食〇〇名、その他：)					
施設管理医	〇〇 〇〇 (059-)					
発生日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇)					
終了日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇)					
発生してから調査終了までの患者累計						
職員 (+給食職員)				入院患者		
在籍者数	有症状者数	欠勤者数	重症者数	入院患者数	有症状者数	重症者数
〇〇 (〇)	〇 (〇)	〇 (〇)	〇 (〇)	〇〇	〇〇	〇
発生した感染症(疑い)の概要						
〇月〇〇日 (〇)：第〇病棟・第〇病棟の入院患者〇名(隔離)および職員〇名が発症 → 初発例(1泊入院)が前日退院後にインフルエンザを発症している						
〇月〇〇日 (〇)：第〇病棟の入院患者〇名(隔離)および職員〇名が発症						
〇月〇〇日 (〇)：第〇病棟の入院患者〇名(コホート)および職員〇名が発症						
〇月〇〇日 (〇)：第〇病棟の職員〇名および〇〇科医師〇名が発症						
〇月〇〇日 (〇)：第〇病棟の入院患者〇名(隔離)および職員〇名が発症						
〇月〇〇日 (〇)：以降新規発生報告なし ～ 〇〇日 (〇)						
発生後の対応・指導等について						
〇月〇〇日 (〇)：〇〇時、該当病棟〇名の発生を受けて初期対応、ミーティング						
〇月〇〇日 (〇)：該当病棟の新規入院ストップ、面会制限(病棟入口・各部屋入口に告知)、 飛沫・接触予防策の指示、ならびに高頻度接触環境表面のふき取り実施、 別紙、発熱監視対象患者をリストアップ、各関係部署へ連絡調整						
〇月〇〇日 (〇)：タミフル予防内服 ～ 〇〇日 (〇) (該当病棟職員、〇〇病棟医師、〇〇科医師)						
〇月〇〇日 (〇)：臨時院内感染対策委員会開催、津保健所へ連絡、様式1 発生報告書を提出 ホームページへお知らせアップ、2次救急体制と入院病床の調整						
〇月〇〇日 (〇)：院内終息宣言						

コメント [m1]: 大まかで結構ですので、発生時の病院全体の人数を記載してください

コメント [m2]: 上記と同様です

コメント [m3]: 病院の場合は院長です

コメント [m4]: 終息と判断した日を記載してください

コメント [m5]: 上記と異なり、病院全体ではなく集団感染に関連した病棟の職員数・入院患者数を記載してください

コメント [m6]: 患者の入退院があった場合、延べ入院患者数としてください

コメント [m7]: 有症状者の発生した様子を経時的に記載してください

コメント [m8]: 実際の対応の様子を経時的に記載してください