

【医療機関】院内感染発生報告書（初回・経過・終息）

保健所長 様

報告日 年 月 日

【施設情報】

医療機関名			
施設住所			
電話番号		E-mail	
担当者名		担当者職種	
入院者数	人	職員数	人

【疾患名等】

疾患名		主な症状	
-----	--	------	--

【報告理由】 ※該当する理由に○をしてください。

報告理由	ア 薬剤耐性菌、新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、ノロウイルス感染症等の感染症の発病症例が多数に上る場合（目安として1事例につき10名以上となった場合） イ 医療機関内での当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合 ウ ア及びイに該当しない場合であっても、特に医療機関の長が報告を必要と認めた場合
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【喫食状況】 ※感染性胃腸炎の場合のみご記載ください。

喫食状況	<input type="checkbox"/> 給食 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>→<input type="checkbox"/> 施設内調理</td> <td><input type="checkbox"/> 残食あり</td> </tr> <tr> <td>→<input type="checkbox"/> 施設外・関連施設</td> <td><input type="checkbox"/> 検食あり</td> </tr> </table>	→ <input type="checkbox"/> 施設内調理	<input type="checkbox"/> 残食あり	→ <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設	<input type="checkbox"/> 検食あり
→ <input type="checkbox"/> 施設内調理	<input type="checkbox"/> 残食あり				
→ <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設	<input type="checkbox"/> 検食あり				
給食職員数	人				

【発生状況】 ※発生病棟ごとに記入してください。

発生病棟名	初発患者判明日	累計発生者数 (入院患者)	累計発生者数 (職員)
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人

※「累計発生者数」には、新型コロナウイルス感染症の場合は「感染者数」を、新型コロナウイルス感染症以外は「有症状者数」をご記入ください。

別紙2

【療養状況等】

重症者人数（報告時点） ※院内感染による患者に限る	死亡者数（累計） ※院内感染による患者に限る
人	人

【発生患者経過】

別添1「発生患者経過表」を作成し、必要に応じて報告書に添付してください。

【終息報告】 ※終息報告の際に記入してください。

終息年月日	年 月 日
-------	-------

【備考】 ※保健所への連絡欄として使用してください。

--