

(宛先) 新潟市保健所 保健管理課 感染症対策室

F A X : 0 2 5 - 2 4 6 - 5 6 7 2 (送信票不要)

報告日 : 年 月 日

施設名

報告者職・氏名

電話番号

F A X

## 社会福祉施設等における感染症発生報告

(新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ・感染性胃腸炎等の集団発生報告)

【報告理由】 該当するものに☑をつけてください。

- 同一の感染症・食中毒（疑い含む）による有症状者が、1週間で10名以上（または全利用者の半数以上）発生
- 同一の感染症・食中毒（疑い含む）による死亡または重篤患者が、1週間で2名以上発生

年 月 日 ～ 年 月 日発生分

	1週間の患者合計数	疾患別患者数（内訳）	
利用者		新型コロナウイルス感染症	
		インフルエンザ	
		感染性胃腸炎	
		その他	
職員		新型コロナウイルス感染症	
		インフルエンザ	
		感染性胃腸炎	
		その他	

※集団発生につながる可能性があることを念頭に置き、患者の症状・施設の対応等を別途保健所まで電話でご報告ください。

&lt;連絡先&gt;

新潟市保健所 保健管理課 感染症対策室

電話：025-212-8123（直通）

F A X : 0 2 5 - 2 4 6 - 5 6 7 2