

記載例

(江戸川区介護保険課感染症等発生報告様式)

感 染 症 等 発 生 報 告 書

江戸川区介護保険課長 様

報告日： 2020 年 ○ 月 △ 日

記載における留意点

事業者（法人名）及び代表者名	〇〇介護サービス 代表取締役 江戸川太郎		
事業所（施設）名	〇〇ホーム江戸川	事業所所在地	江戸川区中央1-4-1
サービス種別	特定施設入居者生活介護	管理者名	江戸川 花子
担当者名	江戸川 花子	連絡先	03-〇〇〇〇-△△△△
利用（入所）者総数	60 名	職員総数	45 名

下記の記載漏れ、記載誤りに注意してください。
 (1) 事業者（法人）名及び代表者名の記載漏れ
 (2) サービス種別の誤り

報告の種別（○で囲む）	<input checked="" type="radio"/> 第一報 <input type="radio"/> 中間（経過）報 <input type="radio"/> 最終報 【第一報報告日： 年 月 日】 【中間報報告日： 年 月 日】
-------------	--

感染症名	インフルエンザ	感染症の発症日（初日）	2020 年 ○ 月 □ 日
感染者数	総数 6 名	利用者（内訳）	4 名（男 2 名 / 女 2 名）
		職員（内訳）	2 名（男 1 名 / 女 1 名）

感染者の状況	利用者	氏名	カガナ 中央 次郎	保険者名	江戸川区		
		性別	男	年齢	80 歳	要介護（支援）度	要介護3
		症状	4月19日夜間から38℃台の熱発。4月20日に救急搬送。検査の結果インフルエンザと診断された。				
	受診（入院）医療機関	〇〇病院	受診日（入院）	2020 年 4 月 □ 日	入院の有無	有	
	※利用者が複数名にわたる場合には、別紙に記載すること						
	職員	職員名	江戸川 春子	職種	介護職員		

”被”保険者名ではなく、市区町村名の記載欄です。

感染した利用者や職員が複数人にわたる場合には、別紙を利用してください。

事業所（施設）の対応状況	感染者への対応	利用者	インフルエンザ陽性の診断を受けた利用者は入院中。	
	感染者への対応	職員	医師の判断で5日間は自宅待機にて療養中。職場復帰時期については症状の改善状況を鑑みて判断する。	
	非感染者への対応	利用者	日々のバイタルチェック等で検温・体調確認をしている。発熱等の体調不良の場合には、往診医と連携して対応している。	
	非感染者への対応	職員	出勤前に検温し、体調不良等がある場合には出勤しないようにしている。勤務中は手指消毒やマスクの着用などの感染防止策を徹底している。	
	事業所の衛生管理状況	施設を出入りする者について手指消毒を実施。また、各居室や共有スペース等の消毒・清掃・換気を随時実施している。		
	関係者への連絡等の対応	感染症の発生及び施設の対策についてご家族や出入り業者に説明し、施設に出入りする際の感染対策や体調管理をお願いしている。		
	(終結の場合) 対応の終結日	年 月 日		
保健所の関与	保健所への連絡	連絡済み	連絡日 2020 年 ○ 月 △ 日	連絡者 江戸川 花子
	保健所からの指導・指示内容	念のため江戸川保健所に連絡。職員や利用者、施設に出入りした者のリスト等を作成し、万が一必要になった場合に備えて準備を整えている。		

内容はできるだけ詳細に記載してください。記載欄が足りない場合には、記載欄を追加したり、枠を広げたり、別紙を添付するなどの対応をしてください。

(注) 状況に進展や変更があった場合には、随時経過報告を提出してください。また、対応が終結した場合には、最終報を提出してください。

感 染 症 等 発 生 報 告 書 (利用者用別紙)

1 / 1 枚目

1	氏名	江戸川 葛子	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8				保険者名	江戸川区
	要介護度	要介護3	性別	女	年齢	8 5 歳	症状	38℃台の発熱、体の痛み	
	受診日	2020 年 4 月 ○□ 日			受診(入院) 医療機関	○○病院			
2	氏名	江東 亀子	被保険者番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1				保険者名	江東区
	要介護度	要介護4	性別	女	年齢	9 0 歳	症状	38℃台の発熱、咳、痰絡み	
	受診日	2020 年 4 月 ○△ 日			受診(入院) 医療機関	○○病院			
3	氏名	浦安 太一	被保険者番号	0 0 9 8 7 6 5 4 3 2				保険者名	浦安市
	要介護度	要介護5	性別	男	年齢	9 5 歳	症状	39℃台の発熱、呼吸苦	
	受診日	2020 年 4 月 ○△ 日			受診(入院) 医療機関	○○病院			
4	氏名		被保険者番号					保険者名	
	要介護度		性別		年齢	歳	症状		
	受診日	年 月 日			受診(入院) 医療機関				
5	氏名		被保険者番号					保険者名	
	要介護度		性別		年齢	歳	症状		
	受診日	年 月 日			受診(入院) 医療機関				
6	氏名		被保険者番号					保険者名	
	要介護度		性別		年齢	歳	症状		
	受診日	年 月 日			受診(入院) 医療機関				
7	氏名		被保険者番号					保険者名	
	要介護度		性別		年齢	歳	症状		
	受診日	年 月 日			受診(入院) 医療機関				
8	氏名		被保険者番号					保険者名	
	要介護度		性別		年齢	歳	症状		
	受診日	年 月 日			受診(入院) 医療機関				
9	氏名		被保険者番号					保険者名	
	要介護度		性別		年齢	歳	症状		
	受診日	年 月 日			受診(入院) 医療機関				

(注) 記載欄が足りない場合には適宜枠を広げたり、新たにページを追加してください。

感 染 症 等 発 生 報 告 書 (職員用別紙)

1 / 1 枚目

1	職員名	江戸川 夏男	職種	介護職員
2	職員名		職種	
3	職員名		職種	
4	職員名		職種	
5	職員名		職種	
6	職員名		職種	
7	職員名		職種	
8	職員名		職種	
9	職員名		職種	
10	職員名		職種	
11	職員名		職種	
12	職員名		職種	
13	職員名		職種	
14	職員名		職種	
15	職員名		職種	

(注) 記載欄が足りない場合には適宜枠を広げたり、新たにページを追加してください。