

# 新型コロナウイルス感染症集団発生報告【社会福祉施設用】

- 貴施設の利用者・職員等のうち、7日間で10名以上に発熱等の症状が確認され、そのうち1名以上が新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、FAXで報告願います。
- 新型コロナウイルス感染症による死亡者や、入院患者が7日間に2名以上発生した場合は電話にてご連絡ください。

◎下記の、施設名ほか調査事項を記入して下さい

各施設⇒保健所	送信日：	送信枚数：	枚（本紙含む）
施設名	➔	江東区保健所	
連絡者 様		保健予防課感染症対策係	
TEL：		TEL：03-3647-5879	
FAX：		FAX：03-3647-7068	
E-Mail：		E-Mail：230910@city.koto.lg.jp	

〈 調 査 事 項 〉

●今回10名に達した集団の1人目の発症日		令和 年 月 日	
施設医への連絡	未・済 連絡日： 月 日 施設医名（ ）	施設内行事の有無	①これまで：無・有（有は時期と内容を記入）
所管部署への連絡	未・済 連絡日： 月 日 部署名（ ）		②今後の予定：無・有（有は時期と内容を記入）
利用者への通知	未・済 通知日： 月 日 通知方法（ ）		

**有症状者数には、診断の有無にかかわらず、症状のある方全員の数を記載してください（有症状者数は、診断を受けた人数より多いか同じ数になります）**

発生状況	利用区分	所属人数	有症状者数(診断の有無を問わない)※1	←のうち確定診断を受けた人数 ※2
利用者	入所者	人	人	人
		人	人	人
		人	人	人
	通所者	人	人	人
	合計	人	人	人
職員		人	人	人

※1：発熱および鼻汁、咽頭痛、咳がある方の人数  
 ※2：医師により新型コロナウイルス感染症と診断された人数

保健所使用欄	
担当	対応日

事業休止等を実施する場合は左記の該当するものに○をしてください	面会制限	通所制限	その他（ ）
---------------------------------	------	------	--------

自由記載欄(報告事項・ご相談・お困りごとなど)