

施設における感染症報告書（インフルエンザ様疾患） 報告日： 令和 年 月 日

1. 施設概要

種別 インフルエンザ 新型コロナウイルス その他 ()

事業所名	(施設種別)				
報告者 役職・氏名			感染症対策代表者 職種・氏名		
所在地	倉敷市	TEL			
		FAX			
入所(通所) 定員数	人	全入所(通所) 者数	人	職員数	人

2. 感染症発生状況（報告日時点）

感染症発生日 (初発患者発症日)	月 日 頃	(症状) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> SpO2低下 <input type="checkbox"/> その他 :			
(入所施設) 感染エリア	(フロア・ユニット名)		(入所者 人 職員 人)		
有 症 状 者	入所(利用)者	有症状 人	受診済み 人	重症者(入院等)	<input type="checkbox"/> 有: 人 <input type="checkbox"/> 無
	職員	有症状 人	受診済み 人	有症状時の 勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
施設医 所属・氏名			施設医等の意見 (診断名等)		

3. 感染対策チェックリスト

【平常時】	
<input type="checkbox"/>	感染症発生時の役割分担を決めている。
<input type="checkbox"/>	感染症対策マニュアルを作り、適宜見直しを行い、スタッフ全員が目を通している。
<input type="checkbox"/>	利用者の手洗いが確実にできているか確認している。
<input type="checkbox"/>	職員は1ケア1手洗い（手指消毒）を徹底している。
<input type="checkbox"/>	手洗いはペーパータオルか個人用タオルを使用しており、共有タオルは使用していない。
<input type="checkbox"/>	利用者・職員の予防接種の実施状況について把握している。
<input type="checkbox"/>	室温、湿度、換気に留意している。【目安】室温：20～23℃（冬）湿度：40% 換気：1時間に1～2回
<input type="checkbox"/>	職員・利用者の体調を毎朝確認している。
<input type="checkbox"/>	有症状、体調不良の利用者・職員には受診を促している。
<input type="checkbox"/>	咳エチケットを徹底している。
<input type="checkbox"/>	階段の手すり・水道の蛇口など利用者が頻繁に触れる場所の定期的な消毒を行っている。
<input type="checkbox"/>	咳や熱などの症状がある場合は、面会を自粛するよう掲示、指導、周知をしている。
【感染症発生時】	
<input type="checkbox"/>	施設医、主管課に報告・相談しながら対応している。
<input type="checkbox"/>	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離を行っている。
<input type="checkbox"/>	同室者や濃厚接触者の予防内服の検討を行っている。
<input type="checkbox"/>	感染対策委員会を開催し、感染予防策について施設内・院内で共有し、実施している。
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ様疾患発生と注意事項について、職員・利用者へ指導している。
<input type="checkbox"/>	発症者の人数・症状を毎日確認している。
<input type="checkbox"/>	職員全員が勤務中にマスクを装着するようにしている。
<input type="checkbox"/>	職員全員が勤務中にアイガードを装着するようにしている。
<input type="checkbox"/>	職員が有症状の場合の復帰については、主治医と相談して決めている。
<input type="checkbox"/>	人が集まるイベントの中止や開催時期の延期を検討している。
<input type="checkbox"/>	相談したいことや困っていることがある。()

施設における感染症報告書（インフルエンザ様疾患）

報告日： 令和 5 年 4 月 7 日

1. 施設概要

種別 インフルエンザ 新型コロナウイルス その他 ()

事業所名	特別養護老人ホーム ○○○○ (施設種別)		介護老人福祉施設
報告者 役職・氏名	施設長 ○○○○	感染症対策代表者 職種・氏名	看護師 ○○○○
所在地	倉敷市 笹沖170	TEL	086-434-9810
		FAX	086-434-9805
入所(通所) 定員数※1	75 人	全入所(通所) 者数※2	65 人
		職員数	40 人

※1～3
医療機関の場合は
入院患者を記入

2. 感染症発生状況（報告日時点）

感染症発生日 (初発患者発症日)	4 月 6 日頃 (症状)	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛	:
(入所施設) 感染エリア	(フロア・ユニット名) 2階東	(入所者※3 15 人 職員 ※4 8 人)	
有症状者	入所(利用者)	有症状 8 人 受診済み 5 人	重症者(入院等) ※5 <input type="checkbox"/> 有: 人 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	職員	有症状 3 人 受診済み 3 人	有症状時の 勤務 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
施設医 所属・氏名	○○病院 ○○医師	施設医等の意見 (診断名等)	新型コロナウイルス

3. 感染対策チェックリスト※6

【平常時】		※4 感染エリアに関わりが ある職員全員の人数 ※5 施設医等の判断で記載 ※6 ・現時点でできている項目にチェック ・すべての項目にチェックが入るように 感染対策を実施しましょう
<input checked="" type="checkbox"/>	感染症発生時の役割分担を決めている。	
<input checked="" type="checkbox"/>	感染症対策マニュアルを作り、適宜見直しを行い、スタッフ全員が目を通している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	利用者の手洗いが確実にできているか確認している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	職員は1ケア1手洗い（手指消毒）を徹底している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	手洗いはペーパータオルか個人用タオルを使用しており、共有タオルは使っていない。	
<input checked="" type="checkbox"/>	利用者・職員の予防接種の実施状況について把握している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	室温、湿度、換気に留意している。【目安】室温：20～23℃（冬）湿度：40% 換気：1時間に1～2回	
<input checked="" type="checkbox"/>	職員・利用者の体調を毎朝確認している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	有症状、体調不良の利用者・職員には受診を促している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	咳エチケットを徹底している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	階段の手すり・水道の蛇口など利用者が頻繁に触れる場所を定期的に消毒している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	咳や熱などの症状がある場合は、面会を自粛するよう掲示している。	
【感染症発生時】		
<input checked="" type="checkbox"/>	施設医、主管課に報告・相談しながら対応している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離を行っている。	
<input checked="" type="checkbox"/>	同室者や濃厚接触者の予防内服の検討を行っている。	
<input checked="" type="checkbox"/>	感染対策委員会を開催し、感染予防策について施設内・院内で共有し、実施している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	インフルエンザ様疾患発生と注意事項について、職員・利用者へ指導している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	発症者の人数・症状を毎日確認している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	職員全員が勤務中にマスクを装着するようにしている。	
<input checked="" type="checkbox"/>	職員全員が勤務中にアイガードを装着するようにしている。	
<input checked="" type="checkbox"/>	職員が有症状の場合の復帰については、主治医と相談して決めている。	
<input checked="" type="checkbox"/>	人が集まるイベントの中止や開催時期の延期を検討している。	
<input type="checkbox"/>	相談したいことや困っていることがある。()	