

感染性胃腸炎疾患調査表 (社会福祉施設・医療機関用)

(様式2-ノ)

この調査票は収束まで毎日10時に担当課・倉敷市保健所へ提出。収束目安は保健所が判断。
 ◎送付状不要です。この用紙のみお送りください。

NO. _____

施設名 **特別養護老人ホーム ○○○○** 担当者(職種) **看護師 ○○ ○○** 電話番号 **086-434-9810** 報告日 **R5年 4月 7日**

《記入方法》

- ① 嘔吐又は下痢症状がある方をご記入ください。嘔吐の場合は、嘔吐場所を備考欄にご記入ください。
- ② ADLは、A：自立、B：一部介助、C：全介助のうち、近いものをご記入ください。
- ③ 発症日時は、○月○日○時(だいたいの時間)をご記入ください。
- ④ 受診した方は受診日と診断結果をご記入ください。
- ⑤ 気になる症状、発症後の入院等あれば、備考欄にご記入ください。
- ⑥ 職員は、部屋番号欄に職種を、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。

○：下痢
 △：嘔吐

所管課記入欄(聞き取り内容があれば記入)

No.	名前	年齢	性別	入居者 又は職員	部屋番号 又は職種	ADL	発症日時	受診	診断/ 検査結果	備考 (嘔吐場所、入院の有無、接触状況等)	4/6	4/7	4/8	4/9	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
1	○○ ○○	80	男・女	入・職	201	C	4/6 9時	4/6	ノ口	居室で嘔吐	△	△	○	○																
2	○○ ○○	75	男・女	入・職	201	C	4/6 18時	4/7	ノ口	居室で嘔吐	△	○	○	○																
3	○○ ○○	75	男・女	入・職	201	C	4/6 23時	4/7		居室で嘔吐	△	△	○	○																
4	○○ ○○	73	男・女	入・職	203	C	4/7 9時	4/7		おむつ		○	○	○																
5	○○ ○○	75	男・女	入・職	203	C	4/7 12時	4/7		おむつ		○		○																
6	○○ ○○	85	男・女	入・職	203	C	4/7 15時	/		居室で嘔吐		△																		
7	○○ ○○	90	男・女	入・職	203	C	4/7 15時	/		居室で嘔吐		△																		
8	○○ ○○	100	男・女	入・職	205	C	4/7 16時	/		おむつ		○	○	○																
9	○○ ○○	55	男・女	入・職	介護士		4/7 8時	4/7		食事介助		△	欠	欠																
10	○○ ○○	45	男・女	入・職	看護師		4/7 9時	4/7		嘔吐処理		△	欠	欠																
11	○○ ○○	35	男・女	入・職	介護士		4/7 7時	4/7		おむつ交換		○	欠	欠																
12			男・女	入・職			/ 時	/																						
13			男・女	入・職			/ 時	/																						
14			男・女	入・職			/ 時	/																						
15			男・女	入・職			/ 時	/																						
16			男・女	入・職			/ 時	/																						
17			男・女	入・職			/ 時	/																						
18			男・女	入・職			/ 時	/																						
19			男・女	入・職			/ 時	/																						
20			男・女	入・職			/ 時	/																						

記入見本