

## 感染症等終息報告票

①報告年月日	令和 ●年 5月 1日 (火)			
②施設等の名称 (種 別)	小樽地域の郷 ( 特別養護老人ホーム )			
③電 話 番 号 (FAX)	0134-12-3456 (FAX 0134-12-3456)			
④報 告 者	職 名	施 設 長	氏 名	小樽 太郎
⑤疾 患 名	感染性胃腸炎 (ノロウイルス)			
⑥患者発生状況	入所者数等	定員 100名 (現員96名:うち患者数8名)		
	職員者数等	職員 60名 (うち患者数 2名)		
⑦発生年月日	令和 ●年 4月 1日 (日)			
⑧終息年月日	令和 ●年 5月 1日 (火)			
⑨発生 (感染) 原 因 (推定含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・素手で汚物処理 <input checked="" type="checkbox"/> 職員による媒介 <input checked="" type="checkbox"/> ・共同空間での嘔吐等</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 消毒の不備 <input checked="" type="checkbox"/> ・有症者との接触 <input checked="" type="checkbox"/> ・不明</li> <li>・その他 (具体的な発生または感染原因)</li> </ul>			
⑩所轄保健所からの 指示・指導事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手洗い, 消毒の徹底</li> <li>・有症者の報告</li> <li>・講習会の出席および伝達講習の実施</li> </ul>			
⑪施設の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内感染症対策委員会の開催 (    回)</li> <li>・有症者の受診</li> <li>・保健所の調査への協力および指導への対応</li> <li>・トイレ, ドアノブ等を中心に消毒の徹底と回数の増加, 手袋の着用</li> <li>・家族への説明 (   月 日)</li> <li>・全職員対象の研修会 (   月 日)</li> </ul>			
⑫備 考				