感 染 症 発 生 経 過 報 告 表［施設→保健所・社会福祉施設等主管部局］　　**施設名**（ ○○○○○○○ ）　　様式

（記載例）

平成　　年　　月　　日　　時 現在

当該施設の特性に合わせ、適宜、区分し、記載する。

歩行:①自立②車椅子自走③不可
食事:①自立②介助③経管栄養
排泄:①トイレ②ポータブル③オムツ
入浴:①一般浴②チェアー浴③特浴

当該施設の特性に合わせ、項目・凡例等を適宜、設定する。

症状の凡例＝1:発熱　2:下痢　3:血便　4:腹痛　5:嘔吐　6:嘔気　7:(　　)　8:(　　)　9:(　　)

区分	部屋担当クラス等	氏名	性別	年齢	その人の状況(ADL等) 歩行	排泄	食事	入浴	11 金	12 土	13 日	14 月	15 火	16 水	17 木	18 金	19 土	20 日	21 月	22 火	23 水	24 木	25 金	26 土	27 日	28 月	29 火	30 水	1 木	2 金	3 土	4 日	5 月	備考 入退院、検査日・結果、出勤日等　参考情報を記載
入所	207	○○	○	○	3	2	1	2			2																							
	208	○○	○	○	3	3	3	3		1・2	2		2																					
	208	○○	○	○	3	3	2	3		1・2	2																							
	208	○○	○	○	3	3	3	3			2・5																							
	208	○○	○	○	3	3	3	3			2																							
	212	○○	○	○	2	2	1	2	2・5	5	5	6																						
	213	○○	○	○	3	2	1	2	2	1・2	1・2	2	2	2																				
	213	○○	○	○	2	3	1	2		1・2	2																							
短期入所	213	○○	○	○	3	3	3	3			2・6																							
職員	2階介護	○○	○	○								5	2・5	2																				
	調理員	○○	○	○									1・2	2																				
新規発症者　計									2	3	4	1	1																					
新規発症者　累計									2	5	9	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
有症者　計									2	5	9	3	4	3																				

新規発症者　計　**（その日に新たに発症した人の数）**

新規発症者　累計　（その日までの新規発症者の累計）

有症者　計　（その日に症状のある人の数）

施設の入所者等の人数　（それぞれの区分ごとに適宜記載）	入所者200名（1階50名、2階50名、3階100名）、短期入所10名、職員20名（介護職12名、看護師3名、調理員5名）