

## 施設内集団発生調査票

|      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|
| 施設名称 |       | 施設種別  | 医療機関 |
| 所在地  | 野田市   |       |      |
| 連絡先  | TEL : | FAX : |      |

  

|                  |          |    |    |              |   |    |
|------------------|----------|----|----|--------------|---|----|
| 施設内の最大利用者数・在籍職員数 | — 患 者 —  |    |    | — 職 員 —      |   |    |
|                  | 施設種別・階層  | 男  | 女  | 施設種別・階層・職種   | 男 | 女  |
|                  | 例) 急性期病棟 | 10 | 10 | 例) 急性期病棟 看護師 | 3 | 10 |
|                  | 呼吸器内科    | 5  | 5  | 呼吸器内科 医師     | 5 | 10 |
|                  |          |    |    |              |   |    |
|                  |          |    |    |              |   |    |
|                  |          |    |    |              |   |    |
|                  |          |    |    |              |   |    |
|                  | 小計       | 0  | 0  | 小計           | 0 | 0  |
|                  | 合計       | 0  |    | 合計           | 0 |    |

  

|            |          |   |   |              |   |   |
|------------|----------|---|---|--------------|---|---|
| 施設内の患者発生状況 | — 患 者 —  |   |   | — 職 員 —      |   |   |
|            | 施設種別・階層  | 男 | 女 | 施設種別・階層・職種   | 男 | 女 |
|            | 例) 急性期病棟 | 5 | 5 | 例) 急性期病棟 看護師 | 0 | 5 |
|            | 呼吸器内科    | 1 | 1 | 呼吸器内科 医師     | 3 | 5 |
|            |          |   |   |              |   |   |
|            |          |   |   |              |   |   |
|            |          |   |   |              |   |   |
|            |          |   |   |              |   |   |
|            | 小計       | 0 | 0 | 小計           | 0 | 0 |
|            | 合計       | 0 |   | 合計           | 0 |   |

  

|                                                                                                                               |                                                                   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|--|
| 経 過                                                                                                                           | ※初発患者の発症日 / 検査確定日 / 利用（担当）していたフロア<br>保健所報告までの発症者数等について、日別で御記載ください |  |  |
|                                                                                                                               |                                                                   |  |  |
| 例) 1 4月1日 看護師1名が発症<br>2 4月2日 上記1の職員の抗原検査を実施 〔結 果〕4月2日 コロナ(+)判明<br>看護師の勤務病棟入院者に次々と発熱者が増加<br>3 4月3日 上記2の検査結果で9名(+)となり、保健所へ報告を実施 |                                                                   |  |  |

発生状況

様式26  
〔日別発生状況〕  
※陽性者で、その者が発症した日ごとの人数をご記入ください  

|     |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 月／日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職員  |  |  |  |  |  |  |  |

  

|     |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 月／日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職員  |  |  |  |  |  |  |  |

  

連絡医への報告  
〔助言・指示の内容〕

実施済み（医療機関：）・未実施

入院患者

|   |     |         |        |
|---|-----|---------|--------|
|   | 氏 名 | 入 院 期 間 | 入院医療機関 |
| 1 |     | ／ ～ ／   |        |
| 2 |     | ／ ～ ／   |        |

施設内の感染対策

|          |  |          |
|----------|--|----------|
| クラスター発生前 |  | クラスター発生後 |
|          |  |          |
| 感染拡大の要因  |  |          |
|          |  |          |

実施検査状況

- 現時点の検査対象者の検査は終了し、有症状者が発生したら随時検査予定
- 有症状者の検査結果待ち
- 有症状者を随時検査予定
- 従事者は全員検査実施、患者は有症状者を随時検査予定
- その他（）

稼働状況

- 全館中止（期間：／ ～ ／）
- 一部中止（期間：／ ～ ／ 中止範囲：）
- 入所施設のため稼働中
- その他（面会制限）

事案終息までの流れ

クラスター発生に際し、終息までは以下の対応をお願いします。

- 患者および職員の健康管理／感染対策の継続
- 初回報告時は、「様式26 施設内集団発生調査票」および「概要・リスト」を御提出ください
- 初回報告後は、毎日、本調査票の〔日別患者発生状況〕を記入していただき、事案終息時に「様式26 施設内集団発生調査票」および「概要・リスト」を御提出ください

※保健所に対する毎日の報告は不要です ※その他、何かありましたらご相談下さい

〔提出先〕 野田保健所 健康生活支援課