（茨城県鉾田市）

**事故等報告書（食中毒・感染症等）**

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　代表者氏名

　　印

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス種別  （法人名） | | | | | | | | |
| 事業所所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　（　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　（　　　　） | | | | | | | | |
| 管理者氏名 | | | | | | | | |
| 報告者氏名 | | | | | | | | |
| 感染症名 | 結核・食中毒・ノロウィルス・インフルエンザ・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 発生状況及び経過 | 発生状況  発生経過 | | | | | | | |
| 月　日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症利用者数（発症職員数） | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 症状等 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診医療機関 | 電話 | | | | | | | |
| 連絡状況 | 家族連絡状況  居宅介護支援事業所（有・無）　市町村（保険者）（有・無）  地域包括支援センター（有・無）  〔第一報の有無〕市町村、地域県民局又は県本庁（所管機関）への第一報（有・無） | | | | | | | |
| 保健所の対応 |  | | | | | | | |
| 損害賠償の状況 | あり・なし・検討中・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 再発防止に向けた今後の対応・取り決め |  | | | | | | | |

発症者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏名 | 性別 | 年齢 | 入院・通院の別、症状等について | 備考（利用者・職員の別、等） |
| 1 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 2 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 3 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 4 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 5 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 6 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 7 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 8 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 9 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 10 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 11 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 12 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 13 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 14 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 15 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 16 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 17 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 18 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 19 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 20 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 21 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 22 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 23 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 24 |  | 男・女 | 歳 |  |  |
| 25 |  | 男・女 | 歳 |  |  |

※記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、コピーしてください。