

令和8年3月30日

帯広市市民福祉部地域福祉室
地域福祉課

介護保険事業所・施設等の事故等発生時における帯広市への報告に係る取扱い

介護保険法及び介護予防・日常生活支援総合事業に基づき、サービス提供中に事故が発生した場合は、当該利用者の家族、担当する居宅介護支援事業所などに連絡を行う必要がある。また、事故の状況及び事故に際してどのような処置を取ったかの記録（2年間の保存義務あり）を市町村へ提出することが必要である。

1 事故等報告の対象者等

- ・事故等に関係する利用者が市内在住者（住所地特例により本市の被保険者である者を含む。）の場合
- ・市内に所在する事業所・施設の場合

2 報告の対象となる事故の範囲

事業者は、次の（1）～（3）の事故等が発生した場合、帯広市へ報告を行う。

なお、利用者が施設等にいる間に発生した事故等の場合又は利用者の同乗の有無にかかわらず、送迎・通院等の間に事故等が発生した場合は、事業者の過失の有無を問わず報告対象とする。

（1）次のアからキまでのいずれかに掲げる事故等（重大事故）

- ア 入所者等の死亡事故
- イ 役員及び職員の不法行為（預かり金着服・横領等）
- ウ 入所者等に対する虐待（疑いを含む。）
- エ 入所者等の不法行為
- オ 入所者等の失踪・行方不明であって捜索願を出したもの
- カ 火災であって消防機関に出動を要請したもの
- キ 入居者等が病気により死亡した場合で、死因等に疑義が生じる可能性があるとき
ただし、検死の結果、病死であることが確認された場合は、報告不要
- ク アからキ以外の事項で報道機関等に報道された事案又は報道される可能性のある事案

（2）上記（1）以外の事故等

- ア 入所者等の骨折、打撲又は裂傷等で、医療機関への入院又は通院を要したもの
- イ 入所者等の誤薬
- ウ 入所者等の誤飲、誤食又は誤嚥（医療機関への入院又は通院を要したもの。）
- エ 入所者等の無断外出（見つかった場合に限る。）
- オ 入所者等の交通事故等その他報告が必要と認められるもの

（3）食中毒や感染症が発生した場合

- ア 感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が発生した場合
- イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上に発生した場合
- ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に事業所の管理者が報告を必要と認めた場合

3 報告の手順及び期限

(1) 各事業者は、2(1)に掲げる重大事故等が発生した場合は、直ちに口頭等により報告を行うものとし、その後、事故等発生状況報告書(様式1-1)(以下、「報告書」という。)により、次に掲げる書類を添えて事故等の発生後又は発覚後7日以内に報告する。

ア ケアプラン、支援計画及びアセスメント表等入所者等の状況がわかるもの

イ 事故発生時の現場見取り図

ウ 法人内部及び事業所等において事故の対応を協議した会議録

エ 食事に関する事故等については入所者等の栄養計画

オ その他必要と認められる書類

(2) 各事業者は、2(2)に掲げる事故等が発生した場合は、報告書により、事故等の発生後又は発覚後30日以内に報告する。

(3) 各事業者は、2(3)に掲げる感染症等が発生した場合は、直ちに感染症等(疑)発生報告票(様式1-2)により報告するとともに、当該感染症等が終息したときには感染症等終息報告票(様式1-3)により報告する。

4 報告書の様式

- ・ 2(1)及び(2)に掲げる事故等

「事故等発生状況報告書」(様式1-1)

- ・ 2(3)に掲げる感染症等

感染症等(疑)発生報告票(様式1-2) 感染症等終息報告票(様式1-3)

(報告書の記載内容が具備されているものであれば、この様式以外の書面により報告することができる。)

5 報告先

事業者は、2で定める事故等が発生した場合3に定める期限までに、帯広市の下記の部署に報告する。

帯広市市民福祉部地域福祉室地域福祉課相談・指導係 〒080-8670 帯広市西5条南7丁目1番地 電話(直通): 0155-65-4113 Fax: 0155-23-0158 メールアドレス: sidou@city.obihiro.hokkaido.jp
--

- ・ 利用者等の家族等や、利用者の保険者にも速やかに連絡を行うとともに、関係法令等に報告等が定められている場合は、別途、関係連絡先に所定の報告を行うこと。
- ・ 各事業者は、保険者及び利用者(家族を含む。以下同じ。)と、事故の事実関係を共通に把握することができるよう、利用者に対し、求めがあれば本報告書の控えを開示し、必要に応じて交付する。

6 報告に対する帯広市の対応

(1) 事故報告の内容から事業者の事故への対応が終了していないか、又は明らかに不足していることが判明した場合は、利用者の権利擁護や苦情・トラブルを未然に防ぐ目的等から事業者に対し必要な対応を行う。

(2) 帯広市が指定権限を有する事業者に関しては、下記のいずれかに該当する場合は、必要に応じて当該事故に係る事業者、利用者・家族等の関係者からの事情聴取若しくは事業所への立入調査を実施する。

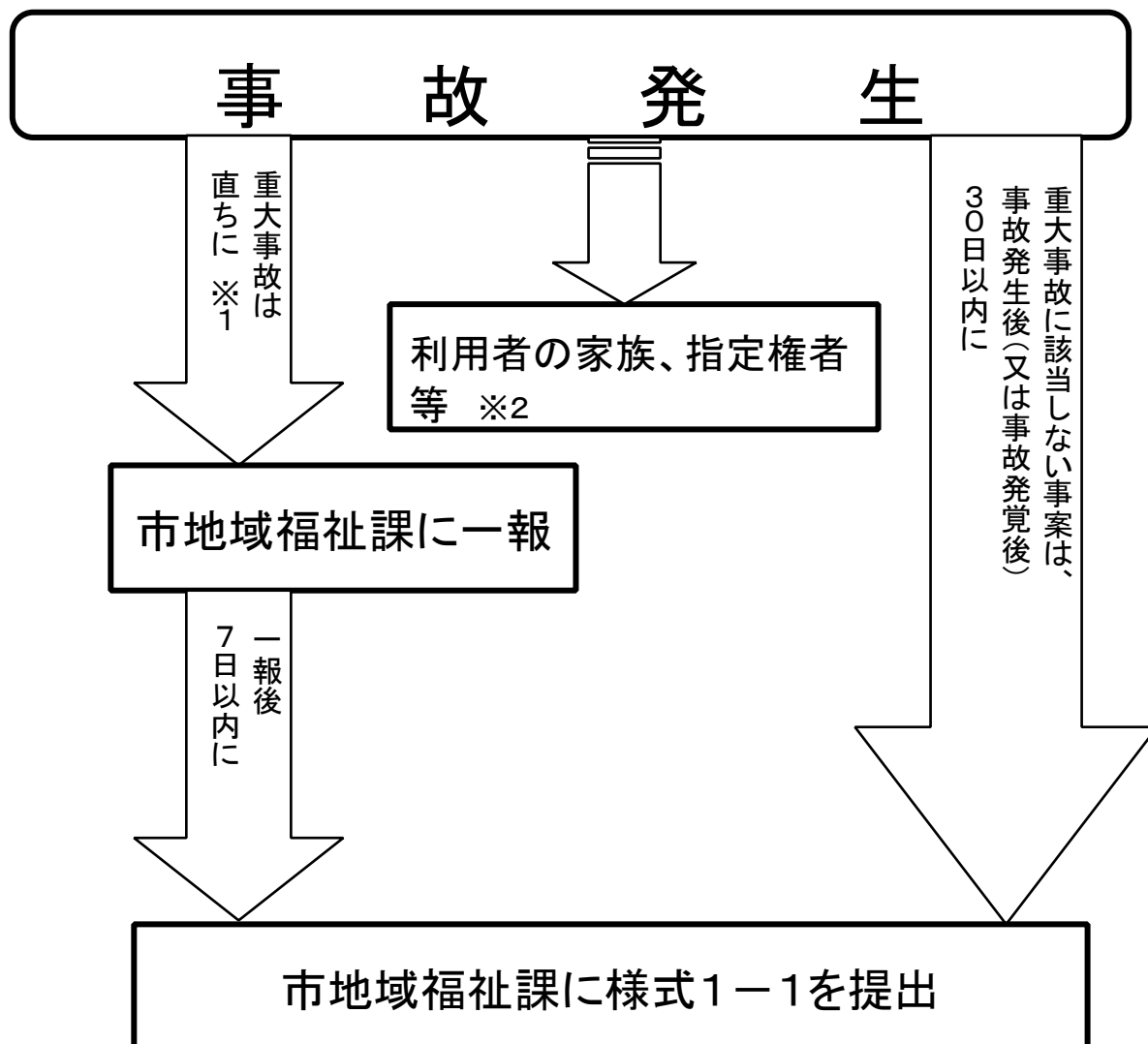
ア 指定基準等法令違反が原因となっている恐れがある場合

イ 職員の不適切な介護等により死亡又は生命等に係る重大な事故が発生した恐れがある場合
ウ 反復して事故が発生している状況が見受けられる場合

- (3) 帯広市が指定権限を有しない事業者に関しては、上記のいずれかに該当する場合は、必要に応じて当該事業者の指定権限を有する所轄官庁へ情報の提供を行う。
- (4) 事故報告の内容から第三者行為に該当する場合、必要に応じて利用者の加入する医療保険者へ情報提供を行う。
- (5) 帯広市に本報告書等に対する情報公開請求が提出された場合、個人情報以外の内容について、当該報告書等を公開する場合がある。

事故報告フロー図

(感染症等は除く)



※1 重大事故とは以下のいずれかに掲げる事故等をいう。

- ア 入所者等の死亡事故
- イ 役員及び職員の不法行為（預かり金着服・横領等）
- ウ 入所者等に対する虐待（疑いを含む。）
- エ 入所者等の不法行為
- オ 入所者等の失踪・行方不明であって捜索願を出したもの
- カ 火災であって消防機関に出動を要請したもの
- キ 入居者等が病気により死亡した場合で、死因等に疑義が生じる可能性があるとき
ただし、検死の結果、病死であることが確認された場合は、報告不要
- ク アからカ以外の事項で報道機関等に報道された事案又は報道される可能性のある事案

※2 施設・事業所は、各法令・通知等に基づき別途、利用者の家族、居宅介護支援事業者及び道等へ報告を要するものがあること。

報 告 フ ロ ー 図

感染症等発生※1

直ちに報告

市地域福祉課に様式1-2を提出

※1 取扱い2(3)に該当する場合。

ア 感染症若しくは食中毒による又はそれらと疑われる死亡者又は重篤患者が発生

イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上に発生した場合

ウ ア及びイに該当しない場合で事業所の管理者が必要と認めた場合

※2 提出方法は問わない。

※3 7日以内に遅滞なく提出。

※4 施設・事業所は、各法令・通知等に基づき別途、利用者の家族、居宅介護支援事業者及び道等へ報告を要するものがあること。

感染症等終息

市地域福祉課に様式1-3を提出

事故等発生状況報告書

報告年月日

帯広市長 様

法人所在地
法人名称
代表者職氏名

1 事故等が発生した施設・事業所

(1) 施設種別
施設種別を「その他_その他」を選択した場合は、種別を記載してください
(2) 施設名称
(3) 所在地
担当者名
担当者連絡先
担当メールアドレス

2 事故等の分類

- 該当する□に、○を入力すること。
「骨折」、「打撲」、「裂傷等」を選択した場合は、部位を併せて記載してください。
「誤嚥」を選択し、重症化している場合については、「重症化欄」の欄についても、○を入力すること

利用者処遇等に関するもの
1 死亡事故 2 不法行為 3 虐待 4 無断外出 5 失踪・行方不明
6 骨折(部位) 7 打撲(部位) 8 裂傷等(部位)
9 誤薬 10 誤飲・誤食 11 誤嚥(重症化)
施設・事業所及び役員に関するもの
1 不適切な会計処理 2 不法行為等
その他
1 火災 2 事件報道が行われた場合等 3 その他必要と認められる場合

3 事故等の概要

Large empty box for accident summary.

4 事故等の発生日時・場所

(1) 日付 時刻
(2) 場所

5 施設等が事故等を認知した日時及び家族等への対応等

(1) 事故認知日付 時刻
(2) 認知した経緯
(3) 家族への連絡日付 時刻 氏名 (続柄)
(4) 事故連絡に対する反応

6 被害者等の状況

(1) 被害を受けた利用者または職員等の氏名等

住所					
(職) 氏名		性別		生年月日	(歳)
要介護度		被保険者番号			

(2) 傷病名等

① 傷病名・部位		② 疾病の程度	(全治	日)
③ 入所・利用開始(採用)年月日					
④ 過去3ヶ月以内の同一被保険者に関する事故の有無					

7 当該事故関係者の状況

(1) 当該事故関係者の住所・氏名

住所					
(職) 氏名		性別		生年月日	(歳)

(2) 採用(入所・利用開始)年月日

日付	
----	--

8 施設・事業所の対応

(1) 事故発生時(対処の方法、受診医療機関、治療内容)
(2) 今後(対処の方法、受診医療機関、治療内容)
(3) 損害賠償・訴訟の有無等

9 事故の原因分析及び再発防止策(今後の類似事案に対する取組みを具体的に記載すること)

(1) 原因
(2) 再発防止策

10 前回事故発生年月日

日付	
----	--

- ※・報告提出時に確定していない事項があれば、その旨の記載し、別途報告すること。
- ・本報告をメールにより報告する際には、送信先を誤ることがないように十分に留意すること。

(様式1-2)

感染症等（疑）発生報告票

① 告年月日	年 月 日 () 時 分現在		
② 施設等の名称 (種別)	()		
③ 電話番号 (FAX)	- - (FAX - -)		
④ 報告者	職 名		氏 名
⑤ 診断名	感染症（疑）の内容		
⑥ 患者	※別紙に記載		
⑦ 施設等の概要	所在地		
	入所者数等	定員	名 (現員 名)
	職員数等	職員 (うち調理員)	名 (名・外部委託 名)
⑧ 症状・経過			
⑨ 治療状況			
⑩ 対応			
⑪ 備考	※調理員等給食担当職員が外部委託の場合は、業者名等を記載		

(感染症等(疑)発生報告票-別紙)

番号	患者氏名等		室番号等 発症日	症 状	受診の有無	
	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)			無	有(通院・入院) (病院名:)
1	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
2	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
3	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
4	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
5	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
6	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
7	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
8	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
9	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
10	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
11	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
12	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
13	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
14	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				
15	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)	/	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日(満 歳)				

(様式1-3)

感染症等終息報告票

① 告年月日	年 月 日 ()	
② 施設等の名称 (種別)	()	
③ 電話番号 (FAX)	- - (FAX - -)	
④ 報告者	職	氏 名 名
⑤ 疾患名		
⑥ 患者発生状況	入所者数等 職員数等	定員 名 (現員 名 : うち患者数 名) 職員 名 (うち患者数 名)
⑦ 発生年月日	年 月 日 ()	
⑧ 終息年月日	年 月 日 ()	
⑨ 発生 (感染) 原因 (推定含む)	・ 素手で汚物処理 ・ 職員による媒介 ・ 共同空間での嘔吐等 ・ 消毒の不備 ・ 有症者との接触 ・ 不明 ・ その他 (具体的な発生または感染原因)	
⑩ 所轄保健所からの 指示・指導事項		
⑪ 施設の対応		
⑫ 備考		

(記載例)

(様式1-1)

事故等発生状況報告書

報告年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

帯広市長 様

法人所在地	帯広市〇〇条〇〇丁目〇〇番地
法人名称	社会福祉法人 帯広福祉会
代表者職氏名	理事長 帯広 太郎

1 事故等が発生した施設・事業所

(1) 施設種別	介護老人_地域密着型介護老人福祉施設入所者	施設種別を「その他_その他」を選択した場合は、種別を記載してください
(2) 施設名称	地域密着型介護老人福祉施設 帯広の森	(3) 所在地
担当者名	〇〇 〇〇	担当者連絡先
		〇〇-〇〇〇〇
		担当メールアドレス
		〇〇〇@〇〇.〇

2 事故等の分類

・該当する□に、○を入力すること。

・「骨折」、「打撲」、「裂傷等」を選択した場合は、部位を併せて記載してください。

・「誤嚥」を選択し、重症化している場合については、「重症化欄」の欄についても、○を入力すること

利用者処遇等に関するもの		
<input type="checkbox"/> 1 死亡事故	<input type="checkbox"/> 2 不法行為	<input type="checkbox"/> 3 虐待
<input type="checkbox"/> 4 無断外出	<input type="checkbox"/> 5 失踪・行方不明	
<input checked="" type="checkbox"/> 6 骨折 (部位 <input style="width: 100px;" type="text" value="大腿"/>)	<input type="checkbox"/> 7 打撲 (部位 <input style="width: 100px;" type="text" value=""/>)	<input type="checkbox"/> 8 裂傷等 (部位 <input style="width: 100px;" type="text" value=""/>)
<small>骨折、関節脱臼など</small>	<small>打撲、捻挫など</small>	<small>裂傷、擦過傷、切傷、刺傷、熱傷など</small>
<input type="checkbox"/> 9 誤薬	<input type="checkbox"/> 10 誤飲・誤食	<input type="checkbox"/> 11 誤嚥 (重症化 <input type="checkbox"/>)
施設・事業所及び役職員に関するもの		
<input type="checkbox"/> 1 不適切な会計処理	<input type="checkbox"/> 2 不法行為等	
その他		
<input type="checkbox"/> 1 火災	<input type="checkbox"/> 2 事件報道が行われた場合等	<input type="checkbox"/> 3 その他必要と認められる場合

3 事故等の概要

事故が発生した際の概要を記入する。発見後の対応等は次の項目に記入する。

4 事故等の発生日時・場所

(1) 日付	令和〇〇年〇〇月〇〇日	時刻	14:30
(2) 場所	2階ユニット居室		

5 施設等が事故等を認知した日時及び家族等への対応等

(1) 事故認知日付		時刻	
(2) 認知した経緯			
(3) 家族への連絡日付		時刻	
		氏名	(続柄)
(4) 事故連絡に対する反応			

苦情等がある場合は、必ず記入すること。

6 被害者等の状況

(1) 被害を受けた利用者または職員等の氏名等

住所	帯広市〇〇条〇〇丁目〇〇番地				
(職) 氏名	〇〇 〇〇	性別	男	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇 歳)
要介護度	要介護 3	被保険者番号	000000001		

(2) 傷病名等

① 傷病名・部位	左大腿骨頸部骨折	② 疾病の程度	(全治 〇〇 日)
③ 入所・利用開始(採用)年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
④ 過去3ヶ月以内の同一被保険者に関する事故の有無	有		

7 当該事故関係者の状況

(1) 当該事故関係者の住所・氏名

住所					
(職) 氏名		性別		生年月日	(歳)

(2) 採用(入所・利用開始)年月日

日付	
----	--

8 施設・事業所の対応

(1) 事故発生時(対処の方法、受診医療機関、治療内容)	
(2) 今後(対処の方法、受診医療機関、治療内容)	
(3) 損害賠償・訴訟の有無等	損害賠償が発生している場合には、内容やその経過を必ず記入すること。

9 事故の原因分析及び再発防止策(今後の類似事案に対する取組みを具体的に記載すること)

(1) 原因	
(2) 再発防止策	事故の原因に対する、再発防止策を具体的に記入すること。

10 前回事故発生年月日

日付	
----	--

- ※・報告提出時に確定していない事項があれば、その旨の記載し、別途報告すること。
- ・本報告をメールにより報告する際には、送信先を誤ることがないように十分に留意すること。

感染症等（疑）発生報告票

①報告年月日	平成〇〇年〇〇月 〇〇日（日） 〇〇時 〇〇分現在			
②施設等の名称 (種別)	地域密着型介護老人福祉施設 帯広の森 (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)			
③電話番号 (FAX)	0155-〇〇-〇〇〇〇 (FAX 0155 -〇〇-〇〇〇〇)			
④報告者	職名	管理者	氏名	依田 勉三
⑤診断名	感染症（疑）の内容 食中毒または感染症（ノロウイルス）の疑い			
⑥患者	※別紙に記載			
⑦施設等の概要	所在地	帯広市〇〇条〇〇丁目〇〇番地		
	入所者数等	定員 29名 (現員 29名)		
	職員数等	職員 (うち調理員) 26名 (3名・外部委託 名)		
⑧症状・経過	4～5日前から入所者・職員に下痢・嘔吐・発熱の症状があり、現在10名にのぼる。			
⑨治療状況	有症状者は協力病院を受診、2名入院			
⑩対応	施設の嘱託医の指示により施設内の消毒、協力病院受診者を除く入所者および職員全員の診察			
⑪備考	※調理員等給食担当職員が外部委託の場合は、業者名等を記載			

(感染症等(疑)発生報告票一別紙)【記載例 1】

番号	患者氏名等		室番号等 発症日	症 状	受診の有無	
	氏名(性別・区分)	利用者・職員			無	有(通院・入院)
1	氏名(性別・区分)	南町 花子 (男・女) 利用者・職員	205号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:急病センター)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 14年 3月 8日 (満92歳)	3/27			
2	氏名(性別・区分)	美栄 鳥子 (男・女) 利用者・職員	211号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:急病センター)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 8年 4月 1日 (満98歳)	3/28			
3	氏名(性別・区分)	岩内 三郎 (男・女) 利用者・職員	206号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:急病センター)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 2年 11月 13日 (満90歳)	3/28			
4	氏名(性別・区分)	八千代月子 (男・女) 利用者・職員	301号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 13年 9月 27日 (満93歳)	3/29			
5	氏名(性別・区分)	愛国 一郎 (男・女) 利用者・職員	305号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:〇〇病院)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 3年 6月 4日 (満89歳)	3/29			
6	氏名(性別・区分)	以平 次郎 (男・女) 利用者・職員	302号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 11年 10月 9日 (満81歳)	3/29			
7	氏名(性別・区分)	川西 星子 (男・女) 利用者・職員	309号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:〇〇病院)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 5年 7月 7日 (満87歳)	3/29			
8	氏名(性別・区分)	保健所健子 (男・女) 利用者・職員	2階担当	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:〇〇病院)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 1年 12月 20日 (満28歳)	3/30			
9	氏名(性別・区分)	大正 空子 (男・女) 利用者・職員	208号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:〇〇病院)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 9年 8月 27日 (満83歳)	3/30			
10	氏名(性別・区分)	清川 葉子 (男・女) 利用者・職員	107号室	吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:〇〇病院)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 4年 10月 4日 (満88歳)	3/31			
11	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)		吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	/			
12	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)		吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	/			
13	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)		吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	/			
14	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)		吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	/			
15	氏名(性別・区分)	(男・女, 利用者・職員)		吐気・嘔吐・腹痛 下痢・発熱・その他	無	有(通院・入院) (病院名:)
	生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	/			

感染症等終息報告票

①報告年月日	平成〇〇年〇〇月 〇〇日		
②施設等の名称 (種 別)	地域密着型介護老人福祉施設 帯広の森 (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)		
③電 話 番 号 (FAX)	0 1 5 5 - 〇〇 - 〇〇〇〇 (FAX 0 1 5 5 - 〇〇 - 〇〇〇〇)		
④報 告 者	職 名	管 理 者	氏 名 依 田 勉 三
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 29名 (現員29名 : うち患者数10名)	
	職員数等	職員 26名 (うち患者数 1名)	
⑦発生年月日	平成〇〇年〇〇月 〇〇日 (日)		
⑧終息年月日	平成〇〇年〇〇月 〇〇日 (火)		
⑨発生 (感染) 原 因 (推定含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・素手で汚物処理 ・職員による媒介 ・共同空間での嘔吐等 ・消毒の不備 ・有症者との接触 ・不明 ・その他 (具体的な発生または感染原因) 		
⑩所轄保健所からの 指示・指導事項	<ul style="list-style-type: none"> ・手洗い, 消毒の徹底 ・有症者の報告 ・講習会の出席および伝達講習の実施 		
⑪施設の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内感染症対策委員会の開催 (〇 回) ・有症者の受診 ・保健所の調査への協力および指導への対応 ・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 ・家族への説明 (〇 月 〇 日) ・全職員対象の研修会 (〇 月 〇 日) 		
⑫備 考			