

新型コロナウイルス感染症集団感染発生報告書（初回・経過・終息）

保健所長 様

報告日 令和 年 月 日

【施設情報】

施設種別	高齢者施設・障害福祉施設等	サービス形態	入所系・通所系・訪問系
サービス種類			
施設名称			
施設住所			
電話番号		E-mail	
担当者名		担当者職種	

【発生状況】※発生ユニット、エリアごとに記入してください。

発生ユニット・フロア名	初発患者判明日	累計感染者数 (入所者・利用者)	累計感染者数 (職員)
	令和5年 月 日	人	人
	令和5年 月 日	人	人
	令和5年 月 日	人	人
	令和5年 月 日	人	人
	令和5年 月 日	人	人

【療養状況等】※入所系施設のみ記入してください。

施設内療養者数 (報告時点)	入院者数(報告時点) ※罹患後に入院した者に限る	死亡者数(累計) ※罹患後に死亡した者に限る
人	人	人

【終息報告】※終息報告の際に記入してください。

終息年月日	令和5年 月 日
-------	----------

【備考】※保健所への連絡欄として使用してください。

--