

「神戸モデルー早期探知地域連携システムー」
 感染症（インフルエンザ含む）・食中毒 疑い発生状況連絡票

連絡日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

施設名 (代表者名)	(_____)	電話番号	_____ - _____
住所		FAX番号	_____ - _____
連絡者氏名		嘱託医名 (連絡先)	(_____ - _____)
入所・利用者数	_____ 名	職員数	_____ 名

*** 感染拡大防止のため、早期に情報を伝えていただく連絡票です。状況がわかり次第、連絡をお願いします**

連絡理由	<input type="checkbox"/> 感染症・食中毒、又はそれらが疑われる者が1週間に2名以上発生した場合 _____ 月 _____ 日から _____ 延有症状者 _____ 名			
	<input type="checkbox"/> 上記に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合 _____ 月 _____ 日から _____ 延有症状者 _____ 名			
主な症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹、皮膚の異常 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
受診状況	受診者数	(うち入院者 _____ 名)	医療機関 診断名 検査結果等	※インフルエンザの場合はA型B型わかれば記入
給食等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理	行事等	※発生前(直近)の集団活動等

*** 発生状況**

初発年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (最初の有症状者が発生した日)						
* 初発日以降、日ごとの新たな有症状者数を記入してください(記入方法は裏面参照)							
	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日
入所・利用者	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名
職員	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名
その他連絡事項 ※ワクチン接種状況、等							

情報伝達ルートは、各施設 所管課
 当該区役所・支所 あんしんすこやか係(保健所保健センター) 又は
 当該衛生監視事務所 → 保健所

「感染症・食中毒疑い発生状況連絡票」の「発生状況」の記入方法

発症の事例

	4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
Aさん	発症	→			快復		
Bさん	発症	→		快復			
Cさん		発症	→				
Dさん			発症	→		快復	
Eさん				発症	→		
Fさん：職員			発症	→			
Gさん：職員				発症	→		

発生状況



その日に新たに発症した数を以下のように記入してください

	4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
入所・利用者	2	1	1	1	0		
職員	0	0	1	1	0		

★ 施設等で発生頻度の高い感染症と主な症状(参考)

特に、下記の疾患が発生、又は疑われる場合には、早期に連絡をお願いします。

疾患名	下痢	嘔吐	発熱	腹痛	咳	鼻水	発疹	特徴
腸管出血性大腸菌感染症	●	●		●				病原体は0-157 0-26 0-11などの菌型がある
ノロウイルス感染症	●	●	●	●				感染力が非常に強い 食中毒も多い
ロタウイルス感染症	●	●	●	●				感染力が非常に強く、乳幼児の下痢症に多い
インフルエンザ			●		●	●		急な高熱、軽症は鼻汁程度もある 集団感染しやすい
結核			●		●			2週間以上長引く咳
レジオネラ症		●	●	●	●			レジオネラ肺炎は呼吸困難等もあり、進行が早い
マイコプラズマ肺炎			●		●			潜伏期が長く、施設での流行が長引く事がある
疥癬							●	寝具やタオルの共用により感染する
アタマジラミ							●	帽子・くし・タオルなどの共用により感染する

★連絡先一覧 <区あんしんすこやか係(保健所保健センター)>

	電話	FAX		電話	FAX
東灘区	841-4131(代)	851-9333	長田区	579-2311(代)	579-2343
灘区	843-7001(代)	843-7018	須磨区	731-4341(代)	735-8159
中央区	232-4411(代)	232-1495	北須磨支所	793-1313(代)	795-1140
兵庫区	511-2111(代)	511-7006	垂水区	708-5151(代)	709-6006
北区	593-1111(代)	595-2381	西区	929-0001(代)	929-1690
北神支所	981-8870(代)	984-2334			

★食中毒が疑われる場合

衛生監視事務所	電話	FAX	衛生監視事務所	電話	FAX
東部(東灘・灘・中央)	232-4651(直)	232-4657	垂水(垂水区)	708-6230(直)	708-6233
西部(兵庫・長田・須磨)	579-2673(直)	579-2662	西(西区)	929-0550(直)	929-0056
北(北区)	593-3250(直)	593-2880			

* 夜間・休日の場合は、所在地の区役所代表に電話をすると最後に夜間受付の電話番号が案内されます。

下痢・嘔吐、咳や発熱など感染症等が疑われる場合は、ご連絡ください

「神戸モデルー早期探知地域連携システムー」
 感染症（インフルエンザ含む）・食中毒 疑い発生状況連絡票

記入例

連絡日時 29年4月28日10時

施設名 (代表者名)	予防保育所 (神戸 太郎)	電話番号	078-322-6789
住所	中央区加納町6-5-1	FAX番号	078-322-6763
連絡者氏名	対応 早子	嘱託医名 (連絡先)	安心小児科 (078-322-6783)
入所・利用者数	145名	職員数	50名

* 感染拡大防止のため、早期に情報を伝えていただく連絡票です。状況がわかり次第、連絡をお願いします

最初の有症状者が発生した日	4月26日から	延有症状者	5名	初発から連絡日までの有症状者総数
<input type="checkbox"/> 上記に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合				
有症状者の症状をチェック	月 日 から	延有症状者	名	
主な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹, 皮膚の異常 <input type="checkbox"/> その他 (受診者の受診結果等がわかっていれば記入
受診状況	受診者数 (うち入院者	名	医療機関 診断名 検査結果等	※インフルエンザの場合はA型B型わかれば記入 太陽小児科—1人がロタウイルス(+)とわかる
給食等	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理 <input type="checkbox"/> 無	行事等	※発生前(直近)の集団活動等 4月26日親子遠足(貸切バス) 行事名と共通食等があれば記入	

* 発生状況

初発年月日	29年 4月 26日 (最初の有症状者が発生した日)						
* 初発日以降、日ごとの新たな有症状者数を記入してください(記入方法は裏面参照)							
	4月26日	4月27日	4月28日	月 日	月 日	月 日	月 日
入所・利用者	1名	1名	3名	その日に新たに症状がでた人数 (新規発症者数)を記入			名
職員	0名	0名	0名				名
その他連絡事項 ※ワクチン接種状況、等 発症はすべて1歳児クラス、兄弟関係の有症状者はなし 延長保育で他のクラスとの接触あり 有症状者の経過や施設の特徴 施設からの連絡・相談などがあれば記入							

所管課
 情報伝達ルートは、各施設

当该区役所・支所 あんしんすこやか係(保健所保健センター又は
 当該衛生監視事務所 → 保健所