※　必要に応じて参考となる資料を添付してください。

**第２号様式（第４条関係）**

事故報告書（感染症、食中毒）

　　年　　月　　日

法人名称及び代表者等氏名

（氏名）

当施設（事業所）において、次のとおり事故が発生したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設(事業所) | 施設(事業所)名  及び所在地等 | 施設(事業所)名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 施設(事業所)種別 |  | | | |
| 施設(事業所)長名 |  | | | |
| 担当者名 |  | | | |
| 感染症名 | |  | | | |
| 発生状況及び経過 | |  | | | |
| 発症者 | 利用者 | 人中　　　人（うち死亡者　　人、入院者　　人） | | | |
| 職員 | 人中　　　人（うち死亡者　　人、入院者　　人） | | | |
| その他 | 人中　　　人（うち死亡者　　人、入院者　　人） | | | |
| 主な症状 |  | | | |
| 受診医療機関 | |  | | 電話番号 |  |
| 保健所への報告 | | (報告済・未報告) | | | |
| 損害賠償等の状況 | |  | | | |
| 対応状況・再発防止策 | |  | | | |

※　記載欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別に記載してください。

※　必要に応じて参考となる資料を添付してください。

**第３号様式（第４条関係）**

発症者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　名 | 年齢 | 入院・通院の別、症状、発症日等 | 備考（利用者・  職員の別など） |
| １ |  | 歳 |  |  |
| ２ |  | 歳 |  |  |
| ３ |  | 歳 |  |  |
| ４ |  | 歳 |  |  |
| ５ |  | 歳 |  |  |
| ６ |  | 歳 |  |  |
| ７ |  | 歳 |  |  |
| ８ |  | 歳 |  |  |
| ９ |  | 歳 |  |  |
| 10 |  | 歳 |  |  |
| 11 |  | 歳 |  |  |
| 12 |  | 歳 |  |  |
| 13 |  | 歳 |  |  |
| 14 |  | 歳 |  |  |
| 15 |  | 歳 |  |  |
| 16 |  | 歳 |  |  |
| 17 |  | 歳 |  |  |
| 18 |  | 歳 |  |  |
| 19 |  | 歳 |  |  |
| 20 |  | 歳 |  |  |