

新型コロナウイルス感染症 集団発生状況 確認票

記入日 令和 年 月 日

施設名：

連絡担当者：

住所：熊本市

連絡先 (TEL)：

連絡先 (FAX)：

メールアドレス：

施設状況		階建て		
園児総数	名	職員総数	名	
発生状況 (通報日現在)	クラス (クラス名)	患者数 ※	在籍数	お部屋の特徴など (1部屋を区切って使っているなど)
園児 ■クラスの数が多い場合や混合クラスの場合は、下の余白を活用するなどして、クラス構成や患者数、在籍数が分かるように記入してください。(別紙で作成いただいても結構です)	5歳児クラス ()			
	4歳児クラス ()			
	3歳児クラス ()			
	2歳児クラス ()			
	1歳児クラス ()			
	0歳児クラス ()			
	計			
職員	保育士・保育教諭			
	看護師・保健師			
	事務職			
	栄養士・調理師			
	その他 ()			
	計			
重症者の有無	無 ・ 有 (状況)			
日常的に行っている感染対策				
今回追加した感染対策				
特記事項：感染対策上必要な情報や、上に書ききれない場合に記入してください。				
※患者の症例定義：発熱、咳等の症状を有する者（新型コロナウイルス感染症と確定診断された方以外も対象です）				

