

様式 2

健康危機（感染症、疑いを含む）発生速報

令和 年 月 日

提出先 千葉県健康福祉部障害福祉事業課虐待防止対策・法人指導班

初期対応後、電話等において、第一報の連絡の上、以下のメールアドレス宛にてご提出ください。

※千葉県以外の自治体で所管されている事業所は、各自治体へお問い合わせください

障害福祉サービス事業所	shougai-houjin@mz.pref.chiba.lg.jp 電話：043-223-2646
障害児通所支援事業所	
障害児入所施設等	

なお、施設等での感染状況に変動がありましたら、随時報告をお願いします。

感染症（疑いを含む）発生の概要

法人名			
施設名			
事業所番号 10 桁		利用定員	名
住所			
電話		FAX	
連絡窓口	職	氏名	
〈概要〉			
同一グループでの発症者の状況等 【 人中 人発症（入院 人）】			
診断名【 】 医療機関名【 】			
発症日時【 年 月 日 時頃】			
初発症状【発熱（ °C）・下痢（血便：有・無）・腹痛・嘔吐・吐き気・その他 】			
発症者の共通の喫食や行動【 】			
集団給食【 有 ・ 無 】			
飲料水 【 上水道 ・ 井戸 ・ その他 】			
排水 【 公共下水 ・ 浄化槽 】			

