

事故等報告書 (第一報)

(食中毒・感染症用)

年 月 日

長野県健康福祉部障がい者支援課長 様
保健福祉事務所福祉課長

当事業所・施設において、下記のとおり事故等が発生しましたので報告します。

事業所等	法人名					
	事業所名					
	事業所所在地					
	管理者氏名					
	電話番号		FAX番号			
	報告者職・氏名					
事故等の概要	発生内容	(食中毒、感染症の内容や原因、発生時期等について)				
	利用者総数	人	職員総数	人		
	発生状況	区分		利用者	職員	計
		有症者数累計 (治癒者を含む)				
		1	報告時点の患者数 (症状のある者)			
2	1のうち医療機関に入院している者					

※保健所等へ報告した事案の場合は、当該報告様式を使用しないでください。