

食中毒・感染症(疑い)発生連絡票					
連絡先	<input type="checkbox"/>	鳥取市教育委員会学校保健給食課	報告者	〇〇学校給食センター	
	<input type="checkbox"/>			所長 ○〇〇〇	
	<input type="checkbox"/>			TEL・FAX	
連絡日時	平成	年	月	日	
	午前	・	午後	時	分
自宅待機該当者	職名		氏名		
健康異常発生該当者	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居人(〇〇〇)			
	ア 健康異常の状況	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 腹痛	
		<input type="checkbox"/> 吐気	体温 (℃)	
	イ 発症日時	月	日	時 分	
	発症経過				
	ウ 吐物又は汚物の処理状況				
	エ 医師の診断の有無と所見				
	オ 食物・飲食の状況				
カ 学校給食従事者・同居人等の健康異常の有無					
センター所長等による初動対応〔確認〕	① 自宅待機と医療機関の受診		<input type="checkbox"/> 自宅待機指示	<input type="checkbox"/> 受診指示	
	② ノロウイルス抗原検査の実施	検体提出予定日	月	日 ()	
		結果判明予定日	月	日 ()	
		陽性判明日	月	日 ()	
	③ 衛生管理責任者・調理員等との情報共有		<input type="checkbox"/> 情報共有		
	④ 衛生管理措置状況の確認		<input type="checkbox"/> センター調理場内	<input type="checkbox"/> 共有箇所	
	⑤ 健康異常の状況把握		<input type="checkbox"/> 状況把握		
	⑥ 食中毒・感染症の強い懸念		<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
⑦ 自宅待機の期間(予定)		月	日	から	
		月	日	まで	
RT-PCR法の実施見込み		<input type="checkbox"/> RT-PCR			
減員での業務実施、代員等の確保		<input type="checkbox"/> 減員体制	<input type="checkbox"/> 代員確保		
教育委員会 学校保健給食課 からの指示事項					
備考					