【様式２】

学校給食従事者のノロウイルスによる感染性胃腸炎 発生状況報告書

報告日：平成　　年　　月　　日（　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  学　　校　　名 |  | | ふりがな  校長氏名 |  | | | |
| ふりがな  報告者職・氏名 |  | | 電話番号 |  | | | |
| 初発者発症日時 |  | | | | | | |
| 発症連絡後の  学校給食従事者の  対　応　状　況  初発から終結まで時系列で記入 |  | | | | | | |
| 発症連絡後の  調理場内の  洗浄・消毒の  実　施　状　況 |  | | | | | | |
| 当日及び当日以降の給食献立の変更等の実　施　状　況 |  | | | | | | |
| 保 護 者 へ の  連絡文書等の有無 | 有　　　・　　　無 | | | | ＊　有の場合は添付 | | |
| 児童生徒等の  健　康　状　況 |  | | | | | | |
| 高感度検便検査の  実施状況（直営のみ） | 検査方法 |  | | | | 検査件数 | 延　　　件 |
| 検査機関名 |  | | | |
| 調理委託会社名  （委託の場合） |  | | | | | | |
| そ　の　他 |  | | | | | | |

　※　学校給食衛生管理基準に基づく定期及び日常の衛生検査の点検票の第６票「定期検便結果処置票」（検査結果を含む）の写を添付すること。