

### 1.3 事故発生後の保健所・健康局等の対応と役割

#### 1) 保健所での食中毒発生要因の解析

事故の対応が終了した後、次の内容について整理し、今後の食中毒調査に資する。

- ① 初動から発生源対策に至るまでの調査手法について改善を図る
- ② 事件における原因食品、病因物質についての関係の明確にする。
- ③ 公衆衛生上重要・必要と考えられる新事例等は厚生労働省へ紹介。関係学会で報告する。

#### 2) データの蓄積

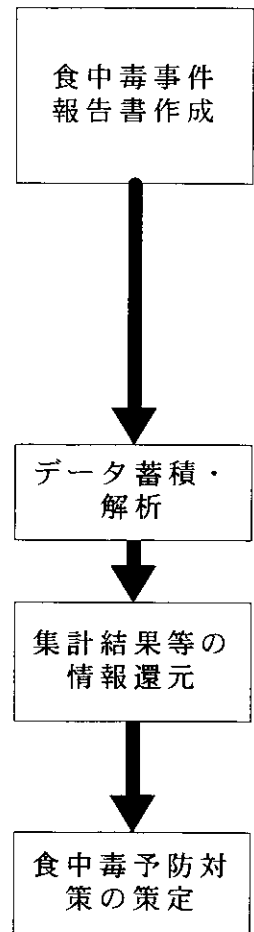
特別区と東京都は各食中毒事例等を取りまとめ、都は事例全体を集計解析し、都内の食中毒概要を作成する。(東京都の食中毒概要、食中毒関係業務資料(食中毒速報)等)

#### 3) 食中毒再発防止のためのデータの還元

2)において取りまとめた食中毒事件等の基礎データを、今後の食中毒対策に資するため、特別区、都保健所等へ集計後情報提供する。) )

#### 4) 食中毒予防対策

流行している原因物質・原因食品について、その傾向を把握し、都内における監視体制の強化、輸入食品や特定食品の流通調査の強化など行い、散発感染者の発生動向等のモニタリングと合わせて、的確な監視・指導。自主管理の推進を行い食中毒の予防対策を策定する。



## 別 紙（様式類）

食中毒（有症苦情）受付票

事件名	
受付日時	月 日 時 分 受付者
届出者	氏名: 医師 患者 営業者 その他 ( )
	住所: 電話:
概要	
喫食日時	月 日 時 分 から 月 日 時 分 まで
喫食場所	住所: 電話:
喫食食品	喫食先: 業種:
	購入品目:
	購入先: 購入日時 月 日 時 分
	住所: 電話:
発症日時	月 日 時 分 から 月 日 時 分 まで
患者/喫食者	名 ( グループ) / 名 ( グループ)
患者	氏名: 生年月日:
	住所: 電話:
	勤務先 (氏名・住所):
主症状	吐き気 おう吐 ( 回) 下痢 ( 様 回) 発熱 ( ℃) 腹痛 その他 ( )
検出物質	
受診先	①医療機関名: ( 医師) 入院数/受診数: 所在地: 電話:
	②医療機関名: ( 医師) 入院数/受診数: 所在地: 電話:

## 器具類常備一覧表

	器具機材等	備考	確認欄
検体運搬用器具類	検体運搬用バック（収去バック）		
	冷媒（蓄冷剤）		
	滅菌ビニール袋		
	滅菌カップ		
	滅菌採水瓶		
	採便管		
検体採取用器具類	消毒用アルコール	スプレー アルコール綿	
	滅菌ピンセット		
	滅菌はさみ		
	滅菌ピペット		
	滅菌スパーテル		
	ふきとり瓶		
	アルコールランプ		
	燃料用アルコール		
	炭酸水素ナトリウム	吐物中和用	
その他	筆記用具	マジック 鉛筆 ボールペン 調査用紙	
	残留塩素測定器		
	温度計		
	メジャー		
	カメラ		
	検体用ラベル		

中毒調査用紙 (B) 個人票				保健所
調査日時	年 月 日	調査者氏名		
		整理区分	件 号	

氏 名	男 生年 明大 女 月日 昭平	年 月 日 ( 歳)
住 所	電話 ( )	
職 業		
発症の有無	有 (以下について記入してください。)	無

発症場所	発症日時	月 日	午前 午後	時 分	
( ) 下痢	有 (1日 回 便の性状	水様	粘液	粘血 血)	無
( ) 腹痛	有	無	( ) 寝込んだ	有	無
( ) 吐き気	有	無	( ) 寒気	有	無
( ) おう吐	有 (1日 回) 無	( ) げっぷ	有	無	
( ) 発熱	有 ( ) 無	℃	( ) けいれん	有 ( 部位 )	無
( ) 頭痛	有	無	( ) しびれ	有 ( 部位 )	無
( ) しぶり腹	有	無	( ) 発疹	有 ( 部位 )	無
( ) ふるえ	有	無	( ) 目の異常	有 ( 状態 )	無
( ) 倦怠感	有	無	( ) 喉の痛み	有	無
( ) 脱力感	有	無	( ) 上気道炎	有	無

その他の症状等 (視力障害、呼吸困難、眼瞼下垂)

既往歴等

重症度	軽症	中等症	重症	その他 ( )	不明
受診の有無	有 無	初診日時	月 日 時	食中毒の届出	有 無
医療機関名	(医師名 )				
医療機関住所					
入院の有無	有 無	入院期間	月 日 時から	月 日 時まで	
医療機関名	(医師名 )				
医療機関住所					
医師の診断名	服用した医薬品名 (記号)				
届出時の症状	検便採取時の症状の有無 有 無				
転帰	治癒 (年 月 日)		死亡 (年 月 日 時)		

	<p>(事件発生前の食事の献立、喫食状況、喫食事時間、飲料水の使用状況等) 特別区内及び東京都内の他の保健所に移送する場合は、事件の概要を簡単に記載し添付すること。</p>	
<p>そ の 他 の 調 査 内 容</p>		
<p>判 定</p>	<p>原因食品</p>	<p>原因食品喫食日時      年   月   日   時   分</p>



## 食中毒調査票（質問票）

記入日： 月 日

記録者氏名：

氏名（性別）		男・女
住所		
電話		
生年月日・年齢	年 月 日	歳
職業		
症状はありましたか	いいえ・はい	
いつ最初の症状がでましたか	月 日	午前・午後 時
医療機関へ行きましたか	いいえ・はい	
受診した医療機関名は	（医師名： ）	
	住所	
初診日はいつですか	月 日	午前・午後 時
入院しましたか	いいえ・はい（入院日 退院 ）	
症状について		順番
下痢をしましたか	いいえ・はい	
その回数は	1日 回	
その状態は	水様 粘液 粘血 血	
腹痛がありましたか	いいえ・はい	
その場所は	胃 へその上 へその下 わき腹 （左・右）	
むかつき・吐き気がありましたか	いいえ・はい	
おう吐をしましたか	いいえ・はい	
その回数は	1日 回	
熱がありましたか	いいえ・はい	
最高体温は	℃	
頭痛がありましたか	いいえ・はい	
便をしたけれど便がほとんど出ない状態（しぶり腹）がありましたか	いいえ・はい	
ふるえがしましたか	いいえ・はい	
倦怠感（だるさ）がありましたか	いいえ・はい	
脱力感がありましたか	いいえ・はい	
寝込みましたか	いいえ・はい	
寒気をしましたか	いいえ・はい	
げっぷをしましたか	いいえ・はい	
けいれんがありましたか	いいえ・はい →（場所）	
しびれがありましたか	いいえ・はい →（場所）	
体に発しんが出ましたか	いいえ・はい →（場所）	
物が二重に見える、まぶたが下がるなど眼の異常がありましたか	いいえ・はい	
のどの痛みがありましたか	いいえ・はい	
せきが出る、息がぜいぜいする状態がありましたか	いいえ・はい	

食品について		商品名
		内容量
		包装形態：ビン 缶 紙 プラスチック その他 （ ）
		賞味期限：
		ロット番号：
購入状況について		固有記号：
		その他 （商品名が不明の場合、パッケージの色、模様等）
		店名：
		所在地：
		電話：
		購入日： 月 日 時頃
		購入数量：
		持ち歩き時間： 分
		購入量
		保管方法：常温 冷蔵庫 冷凍庫 その他→
保存・食べ方について		調理の有無：いいえ・はい →調理方法
		残品：有・無
保健所用		種類
		採取日時
		検査結果

保健所名： \_\_\_\_\_



## 喫食調査票

患者氏名 \_\_\_\_\_

月	朝食 時		昼食 時		夕食 時		他の食事 午前・午後 時	
	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先		外食・自宅 喫食先・購入先
	食べたもの		食べたもの		食べたもの			食べたもの
日								
行動内容								
月	朝食 時		昼食 時		夕食 時		他の食事 午前・午後 時	
	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先		外食・自宅 喫食先・購入先
	食べたもの		食べたもの		食べたもの			食べたもの
日								
行動内容								
月	朝食 時		昼食 時		夕食 時		他の食事 午前・午後 時	
	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先		外食・自宅 喫食先・購入先
	食べたもの		食べたもの		食べたもの			食べたもの
日								
行動内容								
月	朝食 時		昼食 時		夕食 時		他の食事 午前・午後 時	
	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先	外食 自宅	喫食先・購入先		外食・自宅 喫食先・購入先
	食べたもの		食べたもの		食べたもの			食べたもの
日								
行動内容								

食べた日時、外食・自宅の別、食べた場所・購入先(店名等)、食べたもの、行動内容(学校、会社、行事、旅行等)を記入してください。

## 散 発 患 者 行 動 調 査 票

### 1 氏名、住所地、検査結果等

患者氏名		住所 地	区町 市村	年 齢	歳	性別	男 女
検査結果	腸管出血性大腸菌 (O )	毒素型		VT1	VT2	VT1・VT2	
	サルモネラ (O )	血清型					

### 2 よく利用するスーパー、食料品店、コンビニエンスストアなど購入店舗名、具体的な品名についてご記入ください（レシート、伝票などを添付されても結構です。）。

食 品 名	購 入 店 舗 名	品名、商品名 メーカー名等	備 考
魚介類			
肉類			
卵			
野菜・果物			
菓子			
弁当・そう菜			
その他			

### 3 よく利用する飲食店名（飲食店、焼肉店、ファミリーレストラン、ファーストフード店など）とその場所についてお書きください。いくつ書かれても結構です。

### 4 周辺状況についてもご記入ください。

1 旅行等状況（発症前の海外、国内外旅行の有無）	有 ・ 無
月    日から    月    日まで（旅行先	）
2 動物の飼育、接触状況（家庭での飼育、動物園、保育園等での動物との接触の有無）	
有・無（動物の種類：	）
3 周辺発症の有無（患者周辺の会社、学校、友人等の発症の有無、及び所在地等）	
有・無（	）
4 その他、感染について思い当たる点がありましたらお書きください。	
（	）

番 号  
年 月 日

都立衛生研究所長 殿

所属長 \_\_\_\_\_  
(食品監視課送り検体)

食中毒に係る疫学的性状検査用菌株送付書

下記のとおり、食中毒に係る疫学的性状検査を依頼します。

記

担当者氏名		菌株受理日時	年 月 日
提供病院名		提供医師氏名	
提供病院所在地			
検査機関			
数 量	菌株 件 (サルモネラ 大腸菌 コレラ 腸チフス・パラチフス 赤痢菌 その他( ))		
(内訳)			
検体送付先	細菌第一研究科、(食中毒研究室、腸内細菌研究室)		

事 件 名			
患者喫食日時			
原因食品(疑い)			
発 生 日 時			
発症者/喫食者			
症 状			
投薬の有無	有 (薬品名: _____) ・無		
備 考		衛 研 収 受	第 号
			年 月 日
			時 分

様式1 (病院等から検出された菌株の疫学的性状検査送付書)

番 号  
年 月 日

都立衛生研究所長 殿

所属長 \_\_\_\_\_  
(食品監視課送り検体)

食中毒に係る疫学的性状検査用菌株送付書

標記のことについて、平成 年 月 日付 第 号により貴研究所に送付した検体から、 \_\_\_\_\_ が検出された旨連絡があったので、本検体由来の菌株について、下記のとおり疫学的性状検査を依頼します。

記

担当者氏名			
数 量	菌株 件 ( サルモネラ 大腸菌 コレラ 腸チフス・パラチフス 赤痢菌 その他 )		
検出検体名		血清型別等	
(内訳)			
検体送付先	細菌第一研究科 (食中毒研究室、腸内細菌研究室)		

事 件 名			
備 考		衛 研 収 受	第 号
			年 月 日
			時 分

様式 2 (陽性検体に対する疫学的性状検査依頼書)

番 号  
年 月 日

都立衛生研究所長 殿

所 属 長 \_\_\_\_\_

食 中 毒 調 査 に 係 る 検 体 送 付 書

下記のとおり、食中毒・有症苦情に係る下記の検体を送付しますので検査をお願いします。

記

担当者氏名		検体採取日時	年 月 日 時 分
検体提供者氏名 又は法人名		収去証 番 号	No.
検体提供者住所 又は所在地			
検体名及び数量	ふん便 件 (患者 件、調理従事者 件 ) 食 品 件 (残品 件、検食 件、参考品 件 ) 拭取り 件 ( ) 菌 株 件 ( ) 毒素産生能試験 件 ( ) プロウ球菌毒素 件 ( ) その他 件 ( )		
(内訳)			
検体送付先	細菌第一研究科 (食中毒 腸内細菌 食品細菌 真菌 ) 細菌第二研究科 (寄生虫 臨床細菌・結核 ) 食品研究科 (中毒化学 ) ウイルス研究科 (腸管ウイルス ) その他 ( )		

事件名	の件 (「 _____ 」関連、 続報)		
喫食日時	月 日 時 分 から	月 日 時 分 まで	
喫食場所			
食品			
発生日時	月 日 時 分 から	月 日 時 分 まで	
発症者/喫食者	名 ( _____ グループ) / 名 ( _____ グループ)		
症状			
投薬の有無	無・有 (薬品名 _____ )		
備考		衛 研 収 受	第 号
			年 月 日
			時 分

搬入時間	年 月 日 時 分 搬入	運搬方法	常温 保冷 冷凍	搬入者氏名	
------	--------------	------	----------	-------	--

食中毒患者届出票

郵便はがき	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	東京都	保健所長殿
<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>			

食中毒患者届出票

様式1の1

1 病 名	5 患者氏名		
2 発病年月日時 年 月 日 午前 午後 時	6 生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 ( 歳)
3 診断 (検案) 年 月 日 時	7 患者所在地		
4 診断方法 イ 菌検査(菌型 ) ロ 血清検査 ハ 臨床決定 ニ その他	(原因)	8 備 考	
医師住所 (施設名・所在地)	医師 氏名印		



原材料等のさかのぼり調査票

氏名、住所： \_\_\_\_\_ 調査保健所名 \_\_\_\_\_

原材料名 消費期限、ロット	仕入元 氏名・住所・電話	仕入 年月日	仕入数量	仕入時の形態	同一ロット品の販売先 同様苦情の有無	保存方法	備考



## 保健所 患者発生状況中間報告票

平成 年 月 日 時 分現在

1 喫食者数：男性 \_\_\_\_\_ 名、女性 \_\_\_\_\_ 名

2 喫食時間： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分から \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分まで

3 提供された食事のメニュー：

4 発症日時： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時まで

5 主な症状（三つ）：

6 患者グループの特性（会社名・住所・会社の業務内容、会合の種類、会場所在地など）

## 7 患者数

年齢	男性	女性	計	年齢	男性	女性	計
0~10				51~60			
11~20				61~70			
21~30				71~80			
31~40				81~90			
41~50				91~			
				総計			

年齢：男性 \_\_\_\_\_ 歳 から \_\_\_\_\_ 歳 まで、女性 \_\_\_\_\_ 歳 から \_\_\_\_\_ 歳 まで

8 受診者数：受診医療機関数 \_\_\_\_\_ か所、男性 \_\_\_\_\_ 名、女性 \_\_\_\_\_ 名

## 9 入院患者

患者名	年齢	性別	症状の程度	受診医療機関名	受診日	入院日	退院 予定日

10 その他：

## 患者等発生状況中間報告票（学校関係）

1 事件の探知： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時、 \_\_\_\_\_ から電話・来所・その他（ \_\_\_\_\_ ）で連絡があった。

2 学校の情報

学校の名称、所在地、電話・ファクシミリ番号

\_\_\_\_\_

学校長（園長）氏名：

理事長氏名（私立の場合）：

その他：

3 喫食時間： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分から \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分まで

4 提供された食事のメニュー：

5 発症日時： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時まで

6 主な症状：

7 患者数

年	組	男性		女性		計		年	組	男性		女性		計	
		発症者/喫食者	発症者/喫食者	発症者/喫食者	発症者/喫食者	発症者/喫食者	発症者/喫食者			発症者/喫食者	発症者/喫食者	発症者/喫食者	発症者/喫食者		

生徒 男性 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで、女性 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで  
 教職員 男性 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで、女性 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで

8 受診者数

受診医療機関数 \_\_\_\_\_ か所、生徒 男性 \_\_\_\_\_ 名、女性 \_\_\_\_\_ 名、教職員 \_\_\_\_\_ 名、男性 \_\_\_\_\_ 名女性 \_\_\_\_\_ 名

9 入院患者

患者名	年齢	性別	症状の程度	受診医療機関名	受診日	入院日	退院 予定日



	各作業区域の入り口手前に手洗い設備、履物の消毒設備が設置されている。	適 否
	シンクは用途別に相互汚染しないように設置されている。	適 否
	加熱調理用食材、非加熱調理用食材、器具の洗浄等を行うシンクは別に設置されている。	適 否
	流し場が破損していたり、排水不良なところはない。	適 否
	へこんだり、傷だらけのまな板を使っていない。	適 否
	温度計などの計器の破損や故障はない。	適 否
食器、器具類の保管設備	食器戸棚は十分ある。	適 否
	食器保管庫の扉の不備はない。	適 否
手洗い設備	手洗い設備は破損や詰まりなどがなく、ちゃんと使える。	適 否
	手洗い設備の消毒装置は、破損や消毒液の量などの不備はない。	適 否
便所設備	便所専用の履物、使用に便利な手洗い設備が備えられている。	適 否
清潔保持	排水溝から悪臭はしない。	適 否
	天井、内壁のうち床面から1 m以上の部分の清掃を定期的実施している。	適 否
	ネズミや昆虫の駆除は半年以内に実施され、その記録が一年以上保存されている。	適 否
原材料の取扱い	十分な広さの原材料保管庫があり、衛生的に管理されている。	適 否
整理・整とん	作業場等に、製造・加工・調理とは無関係の品物や薬品を置いていない。	適 否
包装資材	包装用ビニール袋や容器、トレーパックの保管は衛生的に行われている。	適 否
井戸水、貯水槽等	水道事業により供給される水以外の井戸水等の水を使用している場合には、半年以内に水質検査が実施されている。	適 否
	検査結果は1年間保管されている。	適 否
	貯水槽は清潔を保持するため、1年以内に清掃が実施されている。	適 否
	清掃した証明書は1年間保管されている。	適 否

### 施設管理状況

	チェック項目	
従業者の衛生管理	手荒れがひどかったり、化のう巣やおできができていない。	適 否
	検便を実施している。	適 否
	作業服は清潔である。	適 否
	専用の履物を用いている。	適 否
食材・製品の保管管理	冷蔵庫の収納量は容量の70%までになっているか。	適 否
	冷蔵庫の温度は？	
	段ボール箱のまま、保管庫に入れていない。	適 否
	食材の先入れ先出しをしている。	適 否
	食材をむき出しのまま保管していない。	適 否
	食材の賞味期限が切れていない。	適 否