

臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和5年3月7日

健康福祉事務所名：伊丹健康福祉事務所
市町名：猪名川町

病名	インフルエンザ							
発生施設	施設名	猪名川町立猪名川小学校 (代表者名：万代 典保)						
	所在地	柏梨田字イハノ谷11番地 (TEL： 766-0014)						
発生日	令和5年3月7日							
全数	在籍者数	345人	患者数	11	欠席者	6人		
臨時休業措置	区分	1施設閉鎖 2学年閉鎖 3学級閉鎖		措置期間	3月8日～3月9日(2日間)			
	学年等	6年 2組	在籍者数	34人	患者数	8人	欠席者数	4人
	区分	1施設閉鎖 2学年閉鎖 3学級閉鎖		措置期間	月 日～月 日(日間)			
	学年等	年 組	在籍者数	人	患者数	人	欠席者数	人
	区分	1施設閉鎖 2学年閉鎖 3学級閉鎖		措置期間	月 日～月 日(日間)			
	学年等	年 組	在籍者数	人	患者数	人	欠席者数	人
	区分	1施設閉鎖 2学年閉鎖 3学級閉鎖		措置期間	月 日～月 日(日間)			
	学年等	年 組	在籍者数	人	患者数	人	欠席者数	人
主要症状	1 下痢 (人中 人)		2 腹痛 (人中 人)		3 頭痛 (人中 人)		4 38℃以上の発熱 (人中 人)	
	5 咽頭痛 (人中 人)		6 咳 (人中 人)		7 鼻漏 (人中 人)		8 鼻閉 (人中 人)	
	9 全身倦怠感 (人中 人)		10 その他： (人中 人)					
備考	・医療機関にてインフルエンザと診断されている場合は、以下の該当箇所に○印及び人数等を記載してください。<わかる範囲で結構です> (A型____名 ・ B型____名 ・ 不明)							

- 注1) 臨時休業措置区分欄、主要症状欄は、該当する番号を○で囲むこと。
- 注2) 患者数には罹患出席者を含む。
- 注3) 欠席者数には、対象疾患以外の理由による欠席者を計上しない。
- 注4) 主要症状は、当該措置に係る在籍者についてできるだけ詳細に記載する
- 注5) 報告に当たっては、感染症係あて電話連絡するとともにFAXで速やかに送付する

※) その他補足すべき事項があれば備考欄に記入すること