別紙様式１

臨 時 休 業 措 置 (通 報)

通報年月日：令和５年10月13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		インフルエンザ等						
発生学校	学校名	猪名川町立松尾台小学校　　(代表者名：山田陽一)						
	所在地	猪名川町松尾台２－３－２　　(TEL：072-766-1766)						
発生月日		令和　５年　１０月　１３日						
全　　数		在籍者数	２６２　人	患 者 数	２３人	欠席者数	４人	
臨時休業措置	区 分	1 学校閉鎖　2 学年閉鎖　(3 学級閉鎖)		措置期間	10月14日～ 10月 16日(３日間)			
	学年等	１年　　１組	在籍者数	２１人	患 者 数	７人	欠席者数	３人
	区 分	1 学校閉鎖　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 学校閉鎖　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 学校閉鎖　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 学校閉鎖　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（該当のものに○		(発熱)（　　℃）、 咽頭痛、 関節痛、 倦怠感、 悪寒、 腹痛、 下痢、 咳(かぜ)、 頭痛、 嘔吐、 嘔気 その他（　　）						
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。
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） 報告にあたっては、管轄保健所あて速やかに送付する。

※）その他補足すべき事項があれば備考欄に記入すること