

臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和5年10月17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	インフルエンザなど										
発生学校	学校名	猪名川町立つつじが丘小学校					(代表者名：曾谷 祥介)				
	所在地	つつじが丘1丁目45番地					(TEL： 766-6667)				
発生日	令和5年10月17日										
全数	在籍者数	377人			患者数	31人		欠席者数	22人		
臨時	区分	1 学校閉鎖 2 学年閉鎖 3 学級閉鎖			措置期間	10月18日～10月19日(2日間)					
	学年等	4年1組		在籍者数	27人		患者数	14人		欠席者数	8人
休業	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
業	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
措置	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
置	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 5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