

## 臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和5年10月18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16日 (令和5年10月19日延長)									
全 数		在籍者数	377人		患者数	31人		欠席者数	31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17日～10月19日(3日間)					
	学年等	4年2組		在籍者数	29人		患者数	14人		欠席者数	14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 <u>1</u> 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