

臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和5年11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	インフルエンザ様疾患					
発生施設	施設名	猪名川町立清陵中学校（代表者名：林田 修輔）				
	所在地	川辺郡猪名川町原字尾鼻ケ尾747（TEL：072-766-0016）				
発生日	令和5年11月17日					
全数	在籍者数	266人	患者数	28人	欠席者	20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	11月18日～11月19日（2日間）		
	学年等	1年3組	在籍者数	32人	患者数	8人
	学年等	8人	欠席者数	8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
	学年等	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
	学年等	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	
学年等	人	欠席者数	人			
主要症状	<p>発熱（38℃）、咽頭痛、関節痛、倦怠感、悪寒、腹痛、下痢、咳（かぜ）、頭痛、嘔吐、嘔気</p> <p>その他（インフルエンザ）</p>					
備考	<p>・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＞</p> <p style="text-align: center;">（ A型_____名 ・ B型_____名 ・ 不明 ）</p>					

- 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さい。
- 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。