

臨 時 休 業 措 置 (通 報)

通報年月日：令和5年11月24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11月24日							
全 数	在籍者数	317人	患者数	24人	欠席者	24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25日 ~ 11月26日				
	学年等	1年2組	在籍者数	20人	患者数	4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	11月25日 ~ 11月26日				
	学年等	3年1組	在籍者数	29人	患者数	6人	欠席者数	6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	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱 (°C)、咽頭痛、関節痛、倦怠感、悪寒、腹痛、下痢、 咳(かぜ)、頭痛、嘔吐、嘔気 <input type="checkbox"/> その他 (インフルエンザ)							
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