別紙様式１

臨　時　休　業　措　置　（通　報）

通報年月日：令和５年１１月２７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　）					
発生月日		令和５年１１月２７日					
全　　数	在籍者数	３１７人	患者数	３０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２８日			
学年等	１年２組	在籍者数	２０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			
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
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		[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]（　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