

臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和6年1月19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6年1月19日						
全 数	在籍者数	380人	患者数	61人	欠席者数	38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	1月20日～1月22日(3日間)		
	学年等	2年2組	在籍者数	26人	患者数	21人	欠席者数
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	月 日～ 月 日(日間)		
	学年等	年 組	在籍者数	人	患者数	人	欠席者数
業 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
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
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 ___名 ・ B型 ___3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