

臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和5年10月10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10日										
全 数	在籍者数	377人			患者数	50人			欠席者数	9人(体調不良23人)	
	区分	1 学校閉鎖 2 学年閉鎖 3 学級閉鎖			措置期間	10月11日～10月12日(2日間)					
時	学年等	6年生		在籍者数	83人		患者数	42人		欠席者数	9人(体調不良15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)					
業	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)					
措	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)					
置	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)					
備 考	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>9</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