

臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和 7 年 11 月 5 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										
発生学校	学校名	大島小学校（代表者名：藤原友三郎）									
	所在地	猪名川町島字賀島5番地（TEL：072-769-0025）									
発生日	令和 7 年 11 月 5 日										
全 数	在籍者数	38人		患者数	7人		欠席者数	3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	11月6日～11月7日（2日間）					
	学年等	【複式学級】3年・4年			在籍者数	15人	患者数	5人	欠席者数	3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）					
	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）					
	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）					
	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（）										
	・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 2名 ・ B型 名 ・ 不明） インフルエンザ3名による学年閉鎖となります。										

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