

臨時休業措置（通報）

通報年月日：令和 年 月 日  
 健康福祉事務所名： \_\_\_\_\_  
 市 町 名： \_\_\_\_\_

病 名	インフルエンザ疾患	
発生学校	学校名	(代表者名： _____ )
	所在地	(TEL： _____ - _____ )
発生日	令和 年 月 日	
全 数	在籍者数 _____ 人	患者数 _____ 人 欠席者数 _____ 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 _____ 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
	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 ( _____ )	
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。
- 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