インフルエンザ様疾患集団発生報告（学校・幼稚園・保育所）

報告年月日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 電　話 |  |
| 報告者名 |  | FAX |  |
| メール |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 臨時休業の種別 | 学級閉鎖　・　学年閉鎖　・　休校 |
|  |  |  |  |
| 学年・学級名 |  |  |  |
| 在籍者数 | 名　 | 名　 | 名　 |
| インフルエンザ様症状による欠席者数 | 名　 | 名　 | 名　 |
| インフルエンザ様症状のある登校者数 | 名　 | 名　 | 名　 |
| 閉鎖期間 | /　　～　　/ | /　　～　　/ | /　　～　　/ |
| 【　確認事項　】必ずご記入ください。・医療機関による確定診断　（　　　　名　）・インフルエンザ様疾患による入院患者　（　　　　名　）・インフルエンザウイルスの型　（　Ａ型　・　Ｂ型　・　A,B両方　・　不明　）・その他連絡事項　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注１ 新たな閉鎖等の措置を行った場合、または措置の内容の変更(措置期間の変更を含む)を行った場合に報告願います。

　　 (措置継続中の場合は報告を要さない)

　２ 特別学級在籍者についても、各学年の人数に含めてください。

　３ 保護者からｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞｳｲﾙｽの型(A型、B型)の情報が得られたときは、「確認事項」の欄にその旨記載願います。

|  |
| --- |
| 報告書に必要事項を記入の上、FAXまたはメールにて送信ください。文京保健所予防対策課感染症対策担当TEL：０３－５８０３－１９６２FAX：０３－５８０３－１９８６Mail：b-kansensyo@city.bunkyo.lg.jp |

インフルエンザ様疾患集団発生報告（学校・幼稚園・保育所）

**記入例**

報告年月日：２０＊＊年　＊月　＊日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 文京小学校 | 電　話 | 03-5803-1962 |
| 報告者名 | 文京　花子 | FAX | 03-5803-1986 |
| メール | b-kansensyo@city.bunkyo.lg.jp |

|  |  |
| --- | --- |
| 臨時休業の種別 | 学級閉鎖　・　学年閉鎖　・　休校 |
|  | ① | ② | ③ |
| 学年・学級名 | 1年1組 |  |  |
| 在籍者数 | 30名　 | 名　 | 名　 |
| インフルエンザ様症状による欠席者数 | 15名　 | 名　 | 名　 |
| インフルエンザ様症状のある登校者数 | 2名　 | 名　 | 名　 |
| 閉鎖期間 | 10/1～10/5 | /　　～　　/ | /　　～　　/ |
| 【　確認事項　】必ずご記入ください。・医療機関による確定診断　（　　　15名　）・インフルエンザ様疾患による入院患者　（　5名　）・インフルエンザウイルスの型　（　Ａ型　・　Ｂ型　・　A,B両方　・　不明　）・その他連絡事項　　（　　　　　　　　　　　　　　） |

注１ 新たな閉鎖等の措置を行った場合、または措置の内容の変更(措置期間の変更を含む)を行った場合に報告願います。

　　 (措置継続中の場合は報告を要さない)

　２ 特別学級在籍者についても、各学年の人数に含めてください。

　３ 保護者からｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞｳｲﾙｽの型(A型、B型)の情報が得られたときは、「確認事項」の欄にその旨記載願います。

|  |
| --- |
| 報告書に必要事項を記入の上、FAXまたはメールにて送信ください。文京保健所予防対策課感染症対策担当TEL：０３－５８０３－１９６２FAX：０３－５８０３－１９８６Mail：b-kansensyo@city.bunkyo.lg.jp |

※黄色マーカー部分に発生情報を入力してください。

※該当するものに**〇**をつけてください。