

インフルエンザ様疾患及び新型コロナウイルス感染症様疾患発生報告書 (新規、継続)

盛岡市保健所 御中 (FAX : 019-654-5665)

(ふりがな) 学校名		(ふりがな) 学校長氏名					
所在地		Tel : 担当者名 :					
措置内容	<input type="checkbox"/> 学校閉鎖	月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
	<input type="checkbox"/> 学年閉鎖	学年 月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
		学年 月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
		学年 月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
	<input type="checkbox"/> 学級閉鎖	在籍数	(A)のうち		(B) (C)のうち 欠席者数		
			(A)	(B)	(C)		
		年 組 月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
年 組 月 日 (校時) ~ 月 日 まで							
学年	学級数	在籍者数 (A)	(A)のうち		(B) (C)のうち 欠席者数 (D)	主な症状 (該当部分に○印)	
			インフルエンザ様疾患罹患患者数 (B)	新型コロナウイルス感染症様疾患罹患患者数 (C)			
	1						熱 (°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 ()
	2						熱 (°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 ()
3					熱 (°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 ()		
4					熱 (°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 ()		
5					熱 (°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 ()		
6					熱 (°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 ()		
計							
インフルエンザ様疾患による入院者 (重症者)		____ 学年 ____ 人 入院時期 日 ~ 日 (予定)		症状 (具体的に記入のこと)			
その他特記事項		○罹患患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) ○インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 ○新型コロナウイルス陽性者 人 ○発症10日以内の海外渡航者 本人 () 人 家族 () 人					

注1 本年度9月以降に初めて臨時休業を行った場合又は前回の新規・継続の報告から1週間以上経過している場合には「新規」として報告すること。

2 前回の新規・継続の報告から1週間に満たない間に、報告の措置内容に変更が生じた場合には、「継続」として報告すること。(措置内容に変更がない場合は「継続」の報告不要。)

2 学年・学級閉鎖の場合も、学校全体の状況を記入すること。

3 特別支援学級在籍者についても、各学年の人数に含めること。

4 インフルエンザウイルスの型(A型、B型)及び新型コロナウイルス感染の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。

5 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。