

インフルエンザ様疾患発生報告書 (新規, 継続)

盛岡市保健所 (FAX:019-654-5665) 御中

(ふりがな) 施設名		(ふりがな) 施設長氏名				
所在地		Tel (担当者名)				
閉鎖措置の有無		有 (詳細については下記措置内容に記入) ・ 無				
措置内容	<input type="checkbox"/> 施設閉鎖	月 日 (時) ~ 月 日 まで				
	<input type="checkbox"/> クラス閉鎖	歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで		
		歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで		
		歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで		
		歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで		
	<input type="checkbox"/> クラス閉鎖 (同年クラスが複数ある場合)			在籍数 (A)	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数 (B)	(B)のうち 欠席者数 (C)
		歳児 組	月 日 (時) ~ 月 日 まで			
		歳児 組	月 日 (時) ~ 月 日 まで			
歳児 組		月 日 (時) ~ 月 日 まで				
歳児 組		月 日 (時) ~ 月 日 まで				
クラス	クラス数	在籍数 (A)	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数 (B)	(B)のうち 欠席者数 (C)	主な症状 (該当部分に○印)	
歳児					熱(°C), 頭痛, 腹痛, 咳, 咽頭痛, 鼻水, その他()	
歳児					熱(°C), 頭痛, 腹痛, 咳, 咽頭痛, 鼻水, その他()	
歳児					熱(°C), 頭痛, 腹痛, 咳, 咽頭痛, 鼻水, その他()	
歳児					熱(°C), 頭痛, 腹痛, 咳, 咽頭痛, 鼻水, その他()	
歳児					熱(°C), 頭痛, 腹痛, 咳, 咽頭痛, 鼻水, その他()	
歳児					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)		歳児 人 入院時期 月 日 ~ 月 日 (予定)		症状 (具体的に記入のこと)		
その他特記事項		<input type="checkbox"/> 罹患患者数は, 増加・減少 傾向 (該当部分に○印) <input type="checkbox"/> インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 <input type="checkbox"/> 発症10日以内の海外渡航者 本人()人 家族()人 <input type="checkbox"/> 職員の罹患状況 在籍数: 人 罹患患者数: 人				

注1 保育所及び認定こども園等において, 閉鎖措置を行わない場合の報告基準は, 罹患患者数が通所園児数の概ね1割を超えた場合及び重症・死亡者が発生した場合とすること

注2 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。

注3 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。)