

月 日

インフルエンザ様疾患及び新型コロナ感染症発生報告書(新規、継続)

盛岡市保健所 御中 (FAX : 019-654-5665)

(ふりがな) 施設名			(ふりがな) 施設長氏名					
所在地				TEL :				
担当者名 :								
措置内容	□施設閉鎖	月 日 (時) ~ 月 日まで						
	□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	
	□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 (B)	(B) (C) のうち (D)
		インフルエンザ 様疾患罹 患者数	新型コロナウイルス 感染症様疾 患罹患者数					
		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 (B) (C)		主な症状(該当部分に○印)			
			インフルエンザ 様疾患罹 患者数 (B)	新型コロナウ イルス感染症 様疾患罹 患者数 (C)	のうち (D)	欠席者数		
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及び新型コロナウイルス感染症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"/> 新型コロナウイルス陽性者 人 <input type="checkbox"/> 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。)

- 3 クラス閉鎖の場合も、施設全体の状況を記入すること。
- 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陽性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。