

様式

※該当する施設に○を付けてください。

私立・国立学校(幼稚園)、保育所(園)
認定こども園(幼稚園型・保育所型)
認定こども園(幼保連携型・地方裁量型)



[報告先]

管轄する 県保健福祉事務所 又は 市保健所

措置状況	該当欄に○を付ける
今回初めての措置	
2回目以降の措置	

インフルエンザ様疾患発生状況報告書

受信者	保健福祉事務所・保健所	担当者名		
受信日時	平成 年 月 日 ()	時間	PM/AM	:

この欄は、保健福祉事務所・保健所で記入する。

平成 年 月 日 の 状 況				
学校(園)名			記入者	
校長(園長)名			職名	
所在地				
電話番号			FAX番号	
全学級(クラス)数	学級	[備考欄] 昨日までの閉鎖状況、欠席者の症状等について		
在籍者数	人			
欠席者総数	人			

	学年・組(クラス)	在籍者数(人)	総欠席者数(人)	インフルエンザ様疾患による欠席者数(人)①	インフルエンザ様疾患による有症登校(園)者数(人)②	患者総数(人)①+② ※計算式組込	閉鎖期間(/ - /)	閉鎖措置種類		
								学級(クラス)閉鎖	学年(クラス)閉鎖	学校(園)閉鎖
閉鎖学年・学級状況							-			
							-			
							-			
							-			
							-			
症状経過	① 悪寒	有	無	不明			【備考】特記事項がある場合は記入してください。			
	② 発熱	℃ ~ ℃								
	③ 全身倦怠	有	無	不明						
	④ 頭痛	有	無	不明						
	⑤ 関節痛	有	無	不明						
	⑥ 筋肉痛	有	無	不明						
	⑦ せき	有	無	不明						
	⑧ 痰	有	無	不明						
	⑨ 鼻・咽頭の状態	・鼻みず ・鼻づまり ・咽頭痛								
	⑩ その他									

①③④⑤⑥⑦⑧⑨: 該当するものに○印を付ける。②⑩: 記入する

【参考】

学校・園医	医師名	
	医療機関名	
	住所・電話番号	
その他参考となる事項	インフルエンザ迅速診断キットによる検査結果把握数	
	A型(人) ・ B型(人)	

インフルエンザ届出の基準：1 または 2 に該当するもの

1. 以下の4つを全て満たすもの
 - ① 突然の発症 ② 高熱 ③ 上気道炎症状
 - ④ 全身倦怠等の全身症状
2. 迅速診断キットによる病原体の抗原の検出