

送付先 新宿区保健所 FAX 03-5273-3820 行

様式1

平成29年9月1日～

インフルエンザ様疾患発生報告（幼稚園・学校用）

送付年月日：平成 年 月 日

*インフルエンザ様症状を呈する患者の発生により臨時休業（学級閉鎖・学年閉鎖・休校）の対応をとった場合に報告をお願い致します

*インフルエンザ様症状とは38度以上の発熱かつ急性呼吸器症状（鼻汁もしくは鼻閉、咽頭痛、咳のいずれか1つ以上）を呈した場合をいいます。

報告元	
学校名：（ ）	報告者名：（ ）
電話：（ ）	FAX：（ ）

①学級閉鎖

	①	②	③
学級名			
在籍者数	名	名	名
インフルエンザ様症状のある登校者数	名	名	名
インフルエンザ様症状による欠席者数	名	名	名
閉鎖期間	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /

②学年閉鎖

	①	②	③
学年			
在籍者数	名	名	名
インフルエンザ様症状のある登校者数	名	名	名
インフルエンザ様症状による欠席者数	名	名	名
閉鎖期間	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /

③休校

在籍者数	名
インフルエンザ様症状のある登校者数	名
インフルエンザ様症状による欠席者数	名
閉鎖期間	/ ~ /

*延長などした場合は再度報告をお願いします。

<問合せ先>新宿区保健所 保健予防課 電話03-5273-3862