

送信先:尼崎市保健所 保健企画課 FAX:06-4869-3049、TEL:06-4869-3010

インフルエンザ様疾患発生報告 保育所(園)休業報告書

報告日 平成 年 月 日

保育所(園)を休業した場合、施設長等は、保健所に報告してください。

発生施設	保育所(園)名		代表者氏名	
	所在地		電話 FAX	

保育所(園)休業時の欠席者の主要症状

	入所児						一時保育	職員	合計
	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児			
在籍数	人	人	人	人	人	人	人	人	人
欠席数 A	人	人	人	人	人	人	人	人	人
欠席数Aのうち風邪 B	人	人	人	人	人	人	人	人	人
Bのうちインフルエンザ	人	人	人	人	人	人	人	人	人
主要症状	風邪による欠席者()人中								
・下痢	()人						・腹痛	()人	
・頭痛	()人						・38度以上の発熱	()人	
・咽頭熱	()人						・鼻閉	()人	
・鼻漏	()人						・咳	()人	
・全身倦怠感	()人						・その他	()人	
・下痢	()人							()人	

* 臨時休業措置を講じた場合

対象児クラス	クラス
欠席者数	人
休業状況	1 休園 2 クラス閉鎖 3 一時保育 4 その他()
休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

対象児クラス	クラス
欠席者数	人
休業状況	1 休園 2 クラス閉鎖 3 一時保育 4 その他()
休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

注1) 対応区分欄には、該当箇所に を付け期間を記入してください。

注2) 保健所に連絡後、同様の事態が生じた場合、随時保健所に連絡してください。

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
 急性呼吸器症状とは少なくとも以下の1つ以上の症状を呈した場合をいう
 ア) 鼻汁もしくは鼻閉 イ) 咽頭痛 ウ) 咳