

インフルエンザ集団発生状況報告書（幼稚園・学校）

報 告 日	年 月 日 時	
記 載 者 報告書を記載した人の氏名	(職種)	
学 校 名		
連 絡 先 (電 話 番 号 等)	日中の連絡先 土日・夜間対応可能連絡先 ()	
全 校 生 徒 / 全 ク ラ ス 数	名 / クラス	
全 職 員 数 (常 勤 ・ パ ー ト 含 め た 数)	常勤職員 名 非常勤・パート職員 名	
学級閉鎖	年 組 名在籍	
学年閉鎖	学年 クラス 名在籍	
学校閉鎖	学校閉鎖の場合は○をご記入ください→【 】	
閉鎖期間	月 日 ~ 月 日まで	
インフルエンザ総数（診断済み+発熱 などインフルザの有症状者のみを含む 下記①～④の総数）	閉鎖対象の内訳を下記へ記載ください	
	(生徒) 名 (職員) 名	
	①インフルA(+) 者数（受診し診 断された人の数）	(生徒) 名 (職員) 名
	②インフルB(+) 者数（受診し診 断された人の数）	(生徒) 名 (職員) 名
	③インフル(+) 確定診断 型不明	(生徒) 名 (職員) 名
④診断未実施・ インフル様症状欠席者	(生徒) 名 (職員) 名	
発症者内の重症患者の人数 上記①～②の内、人工呼吸器管理 した人など	重症者 名 (うち入院 名)	
右記、対応済みの対策に☑をして ください。	<input type="checkbox"/> 保護者へのインフルエンザ流行についてのお知らせ <input type="checkbox"/> 職員間の情報共有 <input type="checkbox"/> 手洗いの強化 <input type="checkbox"/> インフルエンザの疑いのある人の隔離 <input type="checkbox"/> 唾液や痰、鼻汁等が付着する可能性のある場所の 消毒用エタノール等での消毒 <input type="checkbox"/> 職員の咳などの有症状者のマスク着用 <input type="checkbox"/> 職員のインフルエンザ予防接種または接種歴の確認	

チェックリストを確認の上、FAX又はメールにて保健所へ送信し、**お電話**ください。

FAX送信先：みなと保健所保健予防課保健予防係 宛
03-3455-4460 (FAX送信票不要)

メール送信先：hoken02@city.minato.tokyo.jp