

幼/保/学校

インフルエンザ様疾患欠席状況報告

送付先

徳島保健所 疾病対策担当

FAX 088-652-9334

園児・学童・生徒・学生・職員

枠の中をご記入ください		報告日	平成	年	月	日
施設名		電話				
所在地		FAX				
施設長名		担当者				

クラス	年齢 (幼/保)	在籍者数	月 日()		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()	
			欠席者数	患者数	欠席者数	患者数	欠席者数	患者数	欠席者数	患者数	欠席者数	患者数	欠席者数	患者数	欠席者数	患者数
小計																
職員																
合計																
備考																

注1)報告にあたっては、園医・校医への相談、報告を重ねてお願いします。初回報告日から1週間、ファクシミリで報告してください。

注2)「欠席者数」はインフルエンザ患者を含む全欠席者数を記入してください。

注3)「患者数」は、簡易検査の有無や結果にかかわらず、医師によりインフルエンザ(A・B)と診断された者の数を記入してください。