

大規模校

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

枠の中をご記入ください

学校名		報告日	平成 年 月 日
所在地		電話	
学校長		FAX	
		担当者名	

学 年		1組	2組	3組	4組	5組	6組	7組	8組	9組	10組	合 計
1 年	在籍者数											
	欠席者数											
	患者数											
2 年	在籍者数											
	欠席者数											
	患者数											
3 年	在籍者数											
	欠席者数											
	患者数											
4 年	在籍者数											
	欠席者数											
	患者数											
5 年	在籍者数											
	欠席者数											
	患者数											
6 年	在籍者数											
	欠席者数											
	患者数											
特別支 援学級	在籍者数											
	欠席者数											
	患者数											
備考												

注1)報告に当たっては、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関わらず、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。

合計	在籍者数	
	欠席者数	
	患者数	