

初 ・ 再

麻しん

発 生 報 告

第 号

発受信月日		令和 年 月 日 時 分				
施 設 名 (公<国・県・市町村>立・私立)				在 籍 数	児 童 (生 徒)	計 名
校 長 (園 長)					職 員	
所 在 地 (市町村名も記入)					そ の 他	
連 絡 先 (報告担当者の電話番号)						
発 生 状 況	発生日					
	学年					
	上記学年の学級数					
	学級名等					
	在籍数					
	患者数 (下記①+②)					
	(麻しん による欠席者数(①))	()	()	()	()	
	()	()	()	()	()	
	閉鎖期間	～	～	～	～	
症 状	1 38℃を超える発熱 2 咳 3 腹痛 4 頭 痛 5 咽頭痛 6 嘔吐 7 倦怠感 8 下痢					
そ の 他						
保 健 所 等 記 入 欄	検 査 状 況	検 査 人 員				
		検 体				
		検体提出月日				
		決 定 月 日				
		結 果				

※学級閉鎖、学年閉鎖、休校が発生していない場合は提出不要です。