

インフルエンザ様疾患発生報告書（新規、継続）

保健所 御中

(ふりがな) 学 校 名		(ふりがな) 学校長氏名			
所 在 地		TEL : 担当者名 :			
措置内容	<input type="checkbox"/> 学校閉鎖	月 日 ( 校時 ) ~ 月 日 まで			
	<input type="checkbox"/> 学年閉鎖	学年 月 日 ( 校時 ) ~ 月 日 まで			
		学年 月 日 ( 校時 ) ~ 月 日 まで			
		学年 月 日 ( 校時 ) ~ 月 日 まで			
	<input type="checkbox"/> 学級閉鎖		在籍数 ( A )	( A ) のうち インフルエンザ 様 疾患罹患患者数 ( B )	( B ) のうち 欠席者数 ( C )
		年 組 月 日 ( 校時 ) ~ 月 日 まで			
		年 組 月 日 ( 校時 ) ~ 月 日 まで			
年 組 月 日 ( 校時 ) ~ 月 日 まで					
学 年	学 級 数	在 籍 者 数 ( A )	( A ) のうち インフルエンザ 様 疾患罹患患者数 ( B )	( B ) のうち 欠 席 者 数 ( C )	主 な 症 状 ( 該 当 部 分 に ○ 印 )
1					熱 (   °C )、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 (   )
2					熱 (   °C )、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 (   )
3					熱 (   °C )、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 (   )
4					熱 (   °C )、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 (   )
5					熱 (   °C )、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 (   )
6					熱 (   °C )、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他 (   )
計					
インフルエンザ 様疾患に よる入院者 (重症者)		____ 学年 ____ 人 入院時期      日 ~      日 ( 予定 )		症状 ( 具体的に記入のこと )	
そ の 他 特 記 事 項		○罹患患者数は、増加・減少 傾向      ( 該 当 部 分 に ○ 印 ) ○インフルエンザウイルスの型      A 型      B 型      不明 ○発症10日以内の海外渡航者      本人 (      ) 人      家族 (      ) 人			

注 1 本年度 9 月以降に初めて臨時休業を行った場合又は前回の新規・継続の報告から 1 週間以上経過している場合には「新規」として報告すること。

2 前回の新規・継続の報告から 1 週間に満たない間に、報告の措置内容に変更が生じた場合には、「継続」として報告すること。(措置内容に変更がない場合は「継続」の報告不要。)

2 学年・学級閉鎖の場合も、学校全体の状況を記入すること。

3 特別支援学級在籍者についても、各学年の人数に含めること。

4 インフルエンザウイルスの型 ( A 型、B 型 ) の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。

5 「発症 10 日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。

## インフルエンザ様疾患発生報告書(新規、継続)

保健所 御中

( ふりがな ) 施 設 名		( ふりがな ) 施設長氏名			
所 在 地		Tel : 担当者名 :			
措置内容	<input type="checkbox"/> 施設閉鎖	月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで			
	<input type="checkbox"/> クラス閉鎖	歳児クラス	月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで		
		歳児クラス	月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで		
		歳児クラス	月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで		
		歳児クラス	月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで		
	<input type="checkbox"/> クラス閉鎖 (同年クラスが複数ある場合)		在籍数 (A)	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数 (B)	(B)のうち 欠席者数 (C)
		歳児 組 月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで			
		歳児 組 月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで			
		歳児 組 月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで			
		歳児 組 月 日 ( 時 ) ~ 月 日 まで			
クラス	クラス数	在籍数 (A)	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数 (B)	(B)のうち 欠席者数 (C)	主な症状(該当部分に○印)
歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )
歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )
歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )
歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )
歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )
歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )
計					
インフルエンザ様疾患 による入院者(重症者)		歳児 人 入院時期 月 日 ~ 月 日(予定)		症状(具体的に記入のこと)	
その他特記事項		○罹患患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) ○インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 ○発症10日以内の海外渡航者 本人( )人 家族( )人			

- 注1 本年度9月以降に初めて臨時休業を行った場合又は前回の新規・継続の報告から1週間以上経過している場合には「新規」として報告すること。
- 2 前回の新規・継続の報告から1週間に満たない間に、報告の措置内容に変更が生じた場合には、「継続」として報告すること。(措置内容に変更がない場合は「継続」の報告不要。)
- 2 クラス閉鎖の場合も、施設全体の状況を記入すること。
- 3 インフルエンザウイルスの型(A型、B型)の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。
- 4 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。

インフルエンザ患者発生報告書(新規、継続)

保健所 御中

(ふりがな) 施設名					(ふりがな) 施設長氏名		
所在地					Tel :		
					担当者名 :		
罹患者発生状況	入所者		通所者		職員		
在籍者数	人		人		人		
罹患者数 ( 月 日現在)	人		人		人		
予防接種実施者数 (R1.9月以降)	人		人		人		
主な症状 (該当部分に○印)	熱 ( °C )、頭痛、腹痛、下痢、咽頭痛、鼻水、咳 その他 ( )						
罹患者が顕著 になった時期	月 日から 罹患者 人						
重症者 (入院・死亡)者	死亡	男・女	年齢	歳	死亡時の状況		
	入院	男・女	年齢	歳	入院時期	月 日～ 月 日(予定)	
		男・女	年齢	歳	入院時期	月 日～ 月 日(予定)	
重症者の状況 (該当部分に○印)	熱 ( °C )、腹痛、下痢、肺炎併発、その他 ( ) <input type="checkbox"/> 重症化 <input type="checkbox"/> 快方に向かう						
予防接種の 実施状況	1回目 年 月 日実施				費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
	2回目 年 月 日実施				費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
その他 特記事項	○罹患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) ○インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 ○発症10日以内の海外渡航者 本人( )人 家族( )人						
嘱託医名							

注1 罹患者数が施設利用者数の(入院または通所)のおおむね1割を超えた場合に、報告すること。  
2 死亡者については、施設から医療機関へ入院した後に死亡した者も含めること。  
3 罹患者数については、医療機関への入院のため施設を退所した者も含めること。  
4 インフルエンザウイルスの型(A型、B型)の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。  
5 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。

## 別紙

### インフルエンザウイルスの検体の採取方法について

#### 1 保健所において実施する事項

- (1) 検体の採取（患者の咽頭部または鼻腔を綿棒でぬぐった液を採取する。）
- (2) インフルエンザウイルス分離調査表の作成（別紙1の各項目について調査し、記入する。）
- (3) 検査対象となった施設等におけるインフルエンザ流行期間の把握

#### 2 検体採取対象者

- (1) 対象者は発病初期の患者（発病3日以内で抗ウイルス薬を服用していない者）に限定すること。（病日の進行に伴い、咽頭へのウイルス排泄量が減少し、ウイルス検査においてウイルス分離率が低下するため。）
- (2) 1施設について5名から10名の患者を対象とする。

#### 3 咽頭ぬぐい液の採取方法について

患者から次により咽頭ぬぐい液を採取する。

- (1) 乾燥した綿棒で、咽頭上部等を擦過し、その綿棒をぬぐい液に浸す。
- (2) 綿棒の軸を折り、蓋をしっかりと閉める。
- (3) 油性マジックを用いて試験管に番号と患者名を記入する。

#### 4 検体の保存及び搬送について

- (1) 採取した検体（咽頭ぬぐい液）は冷蔵し、速やかに環境保健研究センターに搬送する。
- (2) 保健所に検体を保存する場合は冷蔵庫に保管する。搬送には三重包装容器を用いて冷蔵で搬送する。
- (3) 検体にはインフルエンザウイルス分離調査表（別紙1）及び検査依頼書（別紙2）を添付する。

#### 5 使用する器材の保管について

- (1) ぬぐい液及び綿棒は室温保存すること。
- (2) ぬぐい液及び綿棒の容器包装に記載されている使用期限を遵守すること。
- (3) 器材は環境保健研究センターから送付する。

#### 6 検査対象となった施設等におけるインフルエンザ流行期間の把握

施設内での流行終息後、保健所は施設等からインフルエンザ流行期間を確認し環境保健研究センターに報告を行う。（ウイルスが検出された場合には、環境保健研究センターから、国立感染症研究所感染症情報センターに報告するが、その際流行期間の情報が必要であること。）

(別紙1)

## インフルエンザウイルス分離調査表

保健所

No.	性別・年齢・氏名	医療機関の名称等	診断名及び検体の種類	発病年月日 検体採取年月日	発生状況	最近のインフルエンザ ワクチン接種歴	臨床症状・徴候等	検体採取前の抗 インフルエンザウ イルス薬投与の 有無
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏 名	名 称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ( )	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から( )日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏 名	名 称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ( )	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から( )日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏 名	名 称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ( )	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から( )日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏 名	名 称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ( )	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から( )日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏 名	名 称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ( )	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から( )日間

(別紙 2)

文書番号

年月日

環境保健研究センター所長 様

保健所長

### 試 験 検 査 依 頼 書

このことについて、下記のとおり試験検査を依頼します。

記

依頼番号	
------	--

試験・検査項目	インフルエンザウイルス
---------	-------------

検体番号	検体名	生年月日	検体採取日	備 考
		検体の詳細は、別紙 1 のとおり		

担 当
職・氏名
電話
FAX
E-mail