

表 麻しん患者発生報告書を送付する場合の県内保健所の連絡先一覧

名 称	電話番号	FAX番号	所 在 地	管 轄 地 域
鴻巣保健所 保健予防推進担当	048-541-0249	048-541-5020	〒 365-0039 鴻巣市東 4-5-10	鴻巣市、上尾市、桶川市、 北本市、伊奈町
川口保健所 保健予防推進担当	048-262-6111	048-261-0711	〒 333-0842 川口市前川 1-11-1	川口市、蕨市、戸田市、鳩ヶ谷市
所沢保健所 保健予防推進担当	04-2903-1777	04-2929-4664	〒 359-1118 所沢市けやき台 2-5-8	所沢市、狭山市、入間市、 富士見市、ふじみ野市、三芳町
朝霞保健所 保健予防推進担当	048-461-0468	048-460-2698	〒 351-0016 朝霞市青葉台 1-10-5	朝霞市、志木市、和光市、新座市
坂戸保健所 保健予防推進担当	049-283-7815	049-284-2268	〒 350-0212 坂戸市石井 2327-1	飯能市、坂戸市、鶴ヶ島市、日高 市、毛呂山町、越生町、鳩山町
東松山保健所 保健予防推進担当	0493-22-0280	0493-23-7561	〒 355-0037 東松山市若松町 2-6-45	東松山市、滑川町、嵐山町、 小川町、ときがわ町、川島町、 吉見町、東秩父村
秩父保健所 保健予防推進担当	0494-22-3824	0494-23-7813	〒 368-0025 秩父市桜木町 8-18	秩父市、長瀨町、小鹿野町、 皆野町、横瀬町
本庄保健所 保健予防推進担当	0495-22-6481	0495-22-6484	〒 367-0047 本庄市前原 1-8-12	本庄市、美里町、神川町、上里町
熊谷保健所 保健予防推進担当	048-523-2811	048-520-3271	〒 360-0031 熊谷市末広 3-9-1	熊谷市、深谷市、寄居町
加須保健所 保健予防推進担当	0480-61-1216	0480-62-2936	〒 347-0031 加須市南町 5-15	行田市、加須市、羽生市、 騎西町、北川辺町、大利根町
春日部保健所 保健予防推進担当	048-737-2133	048-736-4562	〒 344-0038 春日部市大沼 1-76	春日部市、蓮田市
越谷保健所 保健予防推進担当	048-964-1266	048-963-1077	〒 343-0813 越谷市越ヶ谷 4-2-26	草加市、越谷市、八潮市、 三郷市、吉川市、松伏町
幸手保健所 保健予防推進担当	0480-42-1101	0480-43-5158	〒 340-0115 幸手市中 1-16-4	久喜市、幸手市、栗橋町、杉戸 町、鷲宮町、宮代町、白岡町、菖 蒲町

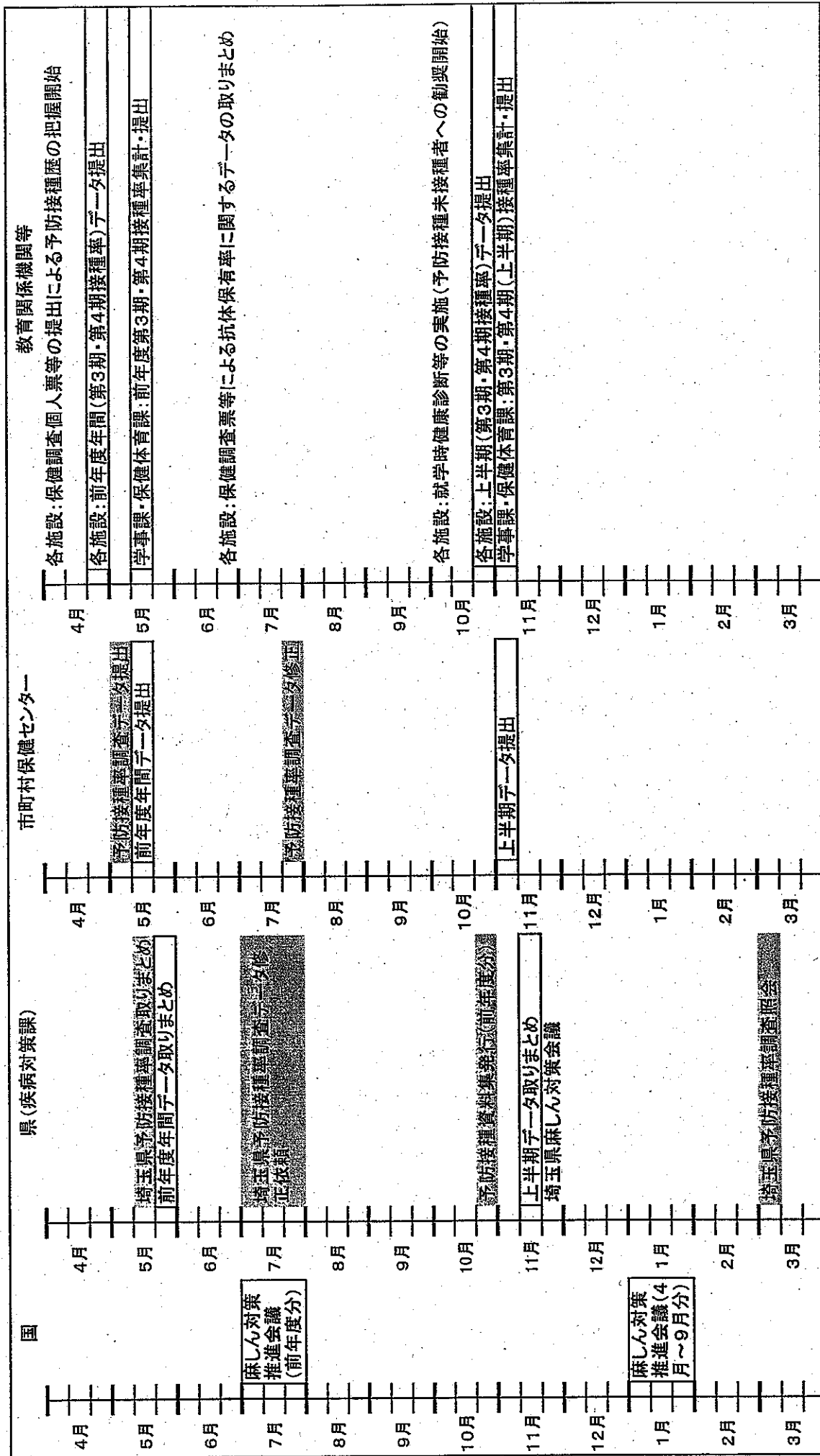
【さいたま市】

さいたま市保健所 地域保健課感染症予防係	048-840-2220	048-840-2230	〒 338-0013 さいたま市中央区鈴谷 7-5-12	さいたま市
-------------------------	--------------	--------------	---------------------------------	-------

【川越市】

川越市保健所保健予防課	049-227-5102	049-227-5108	〒 350-1104 川越市小ヶ谷 817-1	川越市
-------------	--------------	--------------	-------------------------	-----

麻しん対策 年間スケジュール



麻しん(はしか)罹患歴及び予防接種状況確認リスト

施設名:  
施設管理者:  
担当者:

No.	部屋名 (クラス名)	氏名	男女別	年齢	今までの罹 患したことの 有無	予防接種履歴の有無					任意
						第1期 (1歳児)	旧第1期 (1歳~7歳半)	第2期 <small>(就学前年度の6~7歳児)</small>	第3期 (13歳になる者)	第4期 (18歳になる者)	
	記入例	埼玉 太郎	男	20	無	有	無	無	無	有	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											

麻しん(はしか)罹患歴及び予防接種状況確認リスト

22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
<b>合計</b>				1					0		0			1			0		0	1
	在籍者数																			
				1					0	麻しん罹患者	接種歴あり	不明・接種歴なし								
				(a)					(d)		(b')	(c)								

記入上の注意  
 (b'): 今までの予防接種歴の有無において、いずれかの欄が「有」となっている者、もしくは複数の欄が「有」となっている者の合計数。  
 (c): 今までの予防接種歴の有無において、全ての欄が「無」又は「不明」となっている者の合計数。  
 (d): 今までに麻しん(はしか)に罹ったことがある者の合計数。

麻疹抗体保有率算出表

学年	クラス	在籍者数(a)	予防接種歴			抗体保有率 (b+d)/a
			接種歴あり(b')	不明・接種歴なし(c)	麻疹罹患者(d)	
記載例	3	100	78	12	5	83.0%
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
						#DIV/0!
合計		0	0	0	0	#DIV/0!

麻しん(はしか)罹患歴及び予防接種状況確認リスト 資料2-1

[第3期・第4期のみ]

学校名:

学年学級:

担任名:

出席 番号	名前	麻しん(はし か)へ罹患し たことの有無	今までの予防接種歴の有無		今年度(第3-4期)の実施状況
			旧第1期 (1歳~7歳半)	任意	予防接種の有無
1	埼玉太郎	有	無	無	
2	埼玉一郎	無	有	無	
3	埼玉次郎	無	有	有	
4	埼玉まる子	無	無	無	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
合計	4	1	2	1	0
	在籍者数	麻しん罹患者	接種歴あり	不明・接種歴なし	MR又はM接種済み
	(a) 4	(d) 1	(b) 2	(c) 1	(b) 0

## 麻しん(はしか)罹患歴及び予防接種状況確認リスト 資料2-1

### 記入上の注意

- (b')： 今までの予防接種歴の有無において、旧第一期及び任意のいずれかが「有」となっている者、もしくは両方が「有」となっている者の合計数。
- (b)： 年度内に麻しん(はしか)の予防接種を受けた者の合計数。なお、麻しん(はしか)の予防接種は麻しん風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん単抗原(M)ワクチンのいずれかを用いて1回接種行う。
- (c)： 今までの予防接種歴の有無において、旧第一期及び任意の両方が「無」又は「不明」となっている者の合計数。なお、いずれかの接種歴が「無」で、もう一方が「不明」の場合も合算すること。
- (d)： 今までに麻しん(はしか)に罹ったことがある者の合計数。

予防接種率算出表(第3期・第4期のみ)

学年	クラス	在籍者数(a)	予防接種状況		接種率 b/a
			MR又はM接種済み(b)	未接種(c)	
3	1	100	78	12	78.0%
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
合計		0	0	0	0

記載例



※調査票を聴取する方は、できる限り下記内容を確認くださるようお願いいたします。

(資料3-1)

保育園・幼稚園等における麻疹(はしか)患者調査票 乳幼児用 (例)

記入日	年	月	日
記載者			
所属施設名			
聴取者 父・母・その他( )			

1	患者氏名	2	性別	男・女	3	年齢:	歳
4	学年・組						
5	居住する市町村						
下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。							
6	37.5度以上の発熱	無	有	( 年 月 日 ) から ( 年 月 日 )			
7	熱が最も高かったとき			℃ ( 年 月 日 )			
8	せき	無	有	( 年 月 日 ) から			
9	鼻水(はなみず)	無	有	( 年 月 日 ) から			
10	目の症状(目が赤くなる、目やに等)	無	有	( 年 月 日 ) から			
11	赤い発疹(ぶつぶつ); 無・有 ( 頭・体・手足・全身 )			( 年 月 日 ) から			
12	その他 ( )			( 年 月 日 ) から			
医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。							
13	医院や病院を受診しましたか?	a. しなかった b. した → (初診: 年 月 日 時) (医療機関名: ) (電話: - - ) (主治医: )					
14	入院しましたか?	a. しなかった b. した → (入院医療機関名: ) (診療科名: )					
患者様ご本人が、過去に麻疹(はしか)にかかったかどうか、過去の麻疹(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。							
15	過去に麻疹(はしか)にかかったことはありますか?(母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)						
a. 無 b. 不明 c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日)							
母子手帳等の記録によって確認しましたか?							
a. していない b. した							
麻疹(はしか)に対する予防接種歴(母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)							
16	1回目	a. 無 b. 不明 c. 有 → ワクチンの種類(麻疹(はしか)・MR・MMR・不明) 接種年月日(昭和・平成 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号( / ・不明)					
	母子手帳等の記録によって確認しましたか?						
a. していない b. した							
16	2回目	a. 無 b. 不明 c. 有 → ワクチンの種類(麻疹(はしか)・MR・MMR・不明) 接種年月日(昭和・平成 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号( / ・不明)					
	母子手帳等の記録によって確認しましたか?						
a. していない b. した							
同居されているご家族が麻疹(はしか)にかかったかに関して、お答えください。							
17	ご家族で 月 日(あなたの発症日より2週間前)から現在までに麻疹(はしか)にかかった人はいましたか?						
a. 無 b. 不明 c. 有 → それは誰ですか? ( )							
18	個人情報にかかる保健所への通報に関する同意: 有 無						

教えていただいた内容について、調査以外の目的では使用いたしません。ご協力、どうもありがとうございました。

※調査票を聴取する方は、できる限り下記内容を確認していただくようお願いいたします。

(資料3-2)

学校等における麻しん(はしか)患者調査票 児童・生徒・学生用 (例)

記入日	年	月	日
記載者			
所属施設名			
聴取者 父・母・その他( )			

1	患者氏名	2	性別	男・女	3	年齢:	歳
4	学年・組	年	組	所属する部活等			
5	居住する市町村	県内 ( ) 市町村 ( )		県外 ( )		都道府県 ( ) 市町村 ( )	
下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。							
6	37.5度以上の発熱	無	有	( )年( )月( )日	から	( )年( )月( )日	
7	熱が最も高かったとき		℃	( )年( )月( )日			
8	せき	無	有	( )年( )月( )日	から		
9	鼻水(はなみず)	無	有	( )年( )月( )日	から		
11	目の症状(目が赤くなる、目やに等)	無	有	( )年( )月( )日	から		
12	赤い発疹(ぶつぶつ):	無・有	( )	( )年( )月( )日	から		
13	その他 ( )			( )年( )月( )日	から		
医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。							
14	医院や病院を受診しましたか?	a. しなかった b. した→ (初診: ( )年( )月( )日(時)) (医療機関名: ( )) (電話: ( )-( )-( )) (主治医: ( ))					
15	入院しましたか?	a. しなかった b. した→ (入院医療機関名: ( )) (診療科名: ( ))					
患者様ご本人が、過去に麻しん(はしか)にかかったかどうか、過去の麻しん(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。							
16	過去に麻しん(はしか)にかかったことはありますか? (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)	a. 無 b. 不明 c. 有 → ( )歳のときあるいは( )年( )月( )日					
	母子手帳等の記録によって確認しましたか?	a. していない b. した					
麻しん(はしか)に対する予防接種歴 (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)							
17	1回目	a. 無 b. 不明 c. 有 → ワクチンの種類 (麻しん(はしか)・MR・MMR・不明) 接種年月日 (昭和・平成 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号 ( / ・不明) 母子手帳等の記録によって確認しましたか? a. していない b. した					
	2回目	a. 無 b. 不明 c. 有 → ワクチンの種類 (麻しん(はしか)・MR・MMR・不明) 接種年月日 (昭和・平成 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号 ( / ・不明) 母子手帳等の記録によって確認しましたか? a. していない b. した					
同居されているご家族が麻しん(はしか)にかかったかに関して、お答えください。							
18	ご家族で 月 日 (あなたの発症日より2週間前) から現在までに麻しん(はしか)にかかった人はいましたか?	a. 無 b. 不明 c. 有 → それは誰ですか? ( )					
19	個人情報にかかる保健所への通報に関する同意:	有 ( ) 無 ( )					

教えていただいた内容について、調査以外の目的では使用いたしません。ご協力、どうもありがとうございました。

※調査票を聴取する方は、できる限り下記内容を確認して下さるようお願いいたします。

(資料3-3)

保育園・幼稚園・学校等における麻しん(はしか)患者調査票 教職員・スタッフ用 (例)

記入日	年	月	日
記載者			
所属施設名			
聴取者 本人・その他( )			

1	患者氏名	2	性別	男・女	3	年齢:	歳
4	担当学級						
5	住所		都道府県		市町村		
6	電話番号 自宅: - -		携帯: - -				
7	職業 学校等の教職員・保育士・その他 ( )						
下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。							
8	37.5度以上の発熱	無	有	( 年 月 日 )	から	( 年 月 日 )	
9	熱が最も高かったとき		℃	( 年 月 日 )			
10	せき	無	有	( 年 月 日 )	から		
11	鼻水(はなみず)	無	有	( 年 月 日 )	から		
12	目の症状(目が赤くなる、目やに等)	無	有	( 年 月 日 )	から		
13	赤い発疹(ぶつぶつ); 無・有 ( 頭・体・手足・全身 )			( 年 月 日 )	から		
14	その他 ( )				( 年 月 日 )	から	
医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。							
15	医院や病院を受診しましたか?		a. しなかった				
			b. した→ (初診: 年 月 日 時)				
			(医療機関名: )				
			(電話: - - ) (主治医: )				
16	入院しましたか?		a. しなかった				
			b. した→ (入院医療機関名: )				
			(診療科名: )				
患者様ご本人が、過去に麻しん(はしか)にかかったかどうか、過去の麻しん(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。							
17	過去に麻しん(はしか)にかかったことはありますか? (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)						
	a. 無						
	b. 不明						
	c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日 )						
18	麻しん(はしか)に対する予防接種歴 (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)						
	1回目	a. 無					
		b. 不明					
		c. 有 → ワクチンの種類 (麻しん(はしか)・MR・MMR・不明)					
		接種年月日 (昭和・平成 年 月 日・不明)					
		製造会社 / Lot番号 ( / ・不明)					
		母子手帳等の記録によって確認しましたか?		a. していない			
				b. した			
	2回目	a. 無					
		b. 不明					
		c. 有 → ワクチンの種類 (麻しん(はしか)・MR・MMR・不明)					
		接種年月日 (昭和・平成 年 月 日・不明)					
		製造会社 / Lot番号 ( / ・不明)					
		母子手帳等の記録によって確認しましたか?		a. していない			
				b. した			
同居されているご家族等が麻しん(はしか)にかかったかに関して、お答えください。							
19	ご家族等で 月 日 (あなたの発症日より2週間前) から現在までに麻しん(はしか)にかかった人はいましたか。						
	a. 無						
	b. 不明						
	c. 有 → それは誰ですか? ( )						
20	個人情報にかかる保健所への通報に関する同意: 有 ・ 無						

事務連絡  
平成20年4月8日

関係県公立特別支援学校長 様

県教育局県立学校部特別支援教育課長

「介護等の体験に係る麻しん（はしか）への配慮について（通知）」の  
送付について

このことについて、別紙写しのとおり平成20年4月8日付け教特第28号通知により関係大学へ対応をお願いしているところです。

つきましては、対応について御配慮くださるようお願いいたします。

担当：県教育局県立学校部特別支援教育課  
ノーマライゼーション教育推進担当  
木村 岩雄  
電話：048-830-6886  
E-mail:a6820742@pref.saitama.lg.jp



教特 第 28 号  
平成20年4月8日

関係大学学長様

埼玉県教育委員会教育長  
(公印省略)

介護等の体験に係る麻しん（はしか）への配慮について（通知）

日ごろ、本県特別支援教育の振興につきましては、御理解、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、各地において、麻しんの流行に関する注意喚起がなされております。

この時期、介護等の体験が県内の特別支援学校において始まろうとしているところです。受入れ先の各特別支援学校においては、特に抵抗力の弱い幼児児童生徒と直接接触することがあります。

については、介護等の体験に際して、受講生の予防接種或いは過去の罹患の有無を必ず確認していただき、また、確認できない場合には、予防接種の実施を徹底するなど、学生への対応について御配慮くださるようお願いいたします。

担当：埼玉県教育局県立学校部  
特別支援教育課

木村 岩雄

電話：048-830-6886

E-mail:a6820742@pref.saitama.lg.jp

教保体第137号  
平成20年4月18日

各市町村教育委員会学校保健主管課長  
各 県 立 学 校 長  
各 教 育 事 務 所 長 } 様

埼玉県教育局県立学校部保健体育課長

麻しん患者の発生状況について（通知）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の一部改正により、平成20年1月1日から麻しんについては、全ての医師が届出を行うことになりました。

埼玉県衛生研究所のとりまとめによると、別紙のとおり平成20年第15週（平成20年4月7日～13日）までの麻しん患者の合計人数は222名となっており、越谷保健所、川口保健所、さいたま市保健所及び所沢保健所管内での発生が目立ちます。

県教育委員会では、平成20年2月6日付け教保体第1900号で「麻しん（はしか）の散發的発生とその対応について」により、学校において麻しん患者が発生した場合「麻しん患者発生状況一覧」により報告をいただいておりますが、4月7日以降本日までの麻しん患者の発生人数が12名となりました。内訳は高校生5名、中学生2名及び小学生5名で、住所地は三郷市6名、蓮田市3名、栗橋町1名、幸手市1名及び川口市1名で、地域的な偏りが見られます。

各学校においては、児童生徒への健康観察など日ごろから注意していただくようお願いいたします。

また、今月末から連休に入り児童生徒の行動範囲が広がることから、現在麻しんの発生が見られない地域でも休み明けに発生することが危惧されます。

については、各家庭において児童生徒に麻しんの感染が疑われる症状が出た場合には、医療機関を受診するなど各家庭への情報提供に御配慮くださるようお願いいたします。

市町村教育委員会においては、管内の学校への周知について御配慮くださるようお願いいたします。

担当； 県立学校部保健体育課  
健康教育担当 謝村

TEL； 048-830-6963

FAX； 048-830-4971

Eメール； [a0146278@pref.saitama.lg.jp](mailto:a0146278@pref.saitama.lg.jp)

麻しん患者届出状況 保健所別 (第 15週 平成20年 4月 7日 ~平成20年 4月 13日)

保健所	届出数		検査診断例		修飾麻しん		臨床診断例		年齢階級	合計
	届出数	累積届出数	届出数	累積届出数	届出数	累積届出数	届出数	累積届出数		
金 庫	届出数	2	3	1	2	1	2	2	0歳 1~4	6
	累積届出数	14	69	24	129	24	129	24	5~9 10~14 15~19 20~24 25~29 30~34 35~39 40~44 45~49 50~54 55~59 60~64 65~69 <70	222
川 口	届出数	1	1	1	1	1	1	1	10~14	2
	累積届出数	5	22	3	25	3	25	3	15~19	50
朝 霞	届出数	2	5	2	8	2	8	2	20~24	16
	累積届出数	2	5	2	8	2	8	2	25~29	15
鴻 巣	届出数	1	1	1	1	1	1	1	30~34	6
	累積届出数	1	1	1	1	1	1	1	35~39	6
所 沢	届出数	2	2	2	10	2	10	2	40~44	1
	累積届出数	1	2	1	10	1	10	1	45~49	1
東松山	届出数	2	2	2	2	2	2	2	50~54	4
	累積届出数	1	2	1	2	1	2	1	55~59	1
秩 父	届出数	1	1	1	1	1	1	1	60~64	1
	累積届出数	1	1	1	1	1	1	1	65~69	1
本 庄	届出数	1	1	1	1	1	1	1	<70	1
	累積届出数	1	1	1	1	1	1	1		1
熊 谷	届出数	1	1	1	1	1	1	1		1
	累積届出数	1	1	1	1	1	1	1		1
加 須	届出数	1	1	1	1	1	1	1		1
	累積届出数	1	1	1	1	1	1	1		1
春日部	届出数	3	3	3	3	3	3	3		3
	累積届出数	1	3	1	3	1	3	1		3
越 谷	届出数	13	13	9	48	9	48	9		70
	累積届出数	1	13	1	48	1	48	1		4
幸 手	届出数	1	1	1	1	1	1	1		1
	累積届出数	1	1	1	1	1	1	1		1
坂 戸	届出数	2	2	2	6	2	6	2		11
	累積届出数	1	2	1	6	1	6	1		11
川 越 市	届出数	5	5	3	4	3	4	3		9
	累積届出数	1	5	1	4	1	4	1		9
さいたま市	届出数	12	12	4	14	4	14	4		30
	累積届出数	1	12	1	14	1	14	1		30

累積届出数は平成20年1月1日から診断日で集計 (平成20年 4月 15日 15時集計)

事務連絡  
平成20年4月18日

各市町村教育委員会学校保健主管課長 }  
各 教 育 事 務 所 長 } 様

埼玉県教育局県立学校部保健体育課長

「学校における麻しん対策ガイドライン」について

平成20年4月3日付けで文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課より「学校における麻しん対策ガイドライン」について、別添（写し）のとおり通知がありました。

この「学校における麻しん対策ガイドライン」は、学校において効果的な麻しん対策が進められるよう文部科学省が、厚生労働省及び国立感染症研究所感染症情報センターと協力して作成したもので、今後、下記のように市町村教育委員会を通して発送される予定とのことです。

このガイドラインは、麻しん発生の予防や麻しん発生時の対応等学校における取り組みについて具体的にまとめたものですので、学校における麻しん対策において、積極的に御活用いただけるよう周知をお願いします。

なお、麻しんの予防接種状況の確認調査の方法及び報告スケジュール等について、「学校における麻しん対策ガイドライン」と平成20年4月4日付け教保体第31号で通知した「埼玉県麻しん対策マニュアル」とでは、異なる部分がありますが、埼玉県教育委員会では「埼玉県麻しん対策マニュアル」により対応してまいりますのでよろしくをお願いします。

記

1 学校における麻しん対策ガイドラインについて

- (1) 送付期日 4月中
- (2) 部 数 市町村立学校 1部（予定）
- (3) その他 添付した「学校における麻しん対策ガイドライン」一部訂正をもとに、今回配付したガイドラインを訂正してください。  
ただし、今後、各学校に送付されるガイドラインは、訂正したものが送付されます。  
4月中に文部科学省HPに掲載予定

担 当 県立学校部保健体育課  
健康教育担当 高橋  
電 話 048-830-6963  
FAX 048-830-4971  
e-mail [0237022@pref.saitama.jp](mailto:0237022@pref.saitama.jp)