

エボラ出血熱発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所	(9、10は患者が未成年の場合のみ記入)		
		電話 () -		

11	症 状	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・腹痛 ・胸痛 ・無力症 ・出血 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況:) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 5 その他 ()
		12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原の検出 検体: 血液・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・その他 () ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

クリミア・コンゴ出血熱発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(※)

電話番号(※)

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・悪寒 ・筋肉痛 ・関節痛 ・腹痛 ・嘔吐 ・咽頭痛 ・結膜炎 ・黄疸 ・羞明 ・知覚異常 ・点状出血 ・紫斑 ・全身出血 ・肝不全 ・消化管出血 ・腎不全 ・その他 () ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) <ul style="list-style-type: none"> 1 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況:) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 5 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) <ul style="list-style-type: none"> 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
		12	診 断 方 法
13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日 17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日			

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

痘 そ う 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(※)

電話番号(※)

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・四肢痛 ・腰痛 ・紅斑 ・丘疹 ・水疱 ・結痂 ・落屑 ・膿疱 ・疼痛 ・灼熱感 ・瘢痕 ・その他 () ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況 :) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況 :) 3 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域
		12	診 断 方 法
13 初診年月日	平成 年 月 日		
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 10, 11, 17 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 12 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ペ ス ト 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	・リンパ節炎 ・敗血症 ・高熱 ・頭痛 ・意識障害 ・出血斑 ・気管支炎 ・肺炎 ・呼吸困難 ・血痰 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況 :) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 :) 3 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・蛍光抗体法によるエンベロープ抗原 (Fraction 1 抗原) の検出 検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1 抗原)に対する血清抗体の検出 (16 倍以上) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

マールブルグ病発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____
 （※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症状 ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・皮疹 ・粘膜疹 ・咽頭炎 ・結膜炎 ・下痢 ・鼻口腔出血 ・消化管出血 ・その他 () ・なし 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原検出 検体：血液・尿・咽頭拭い液・その他 () ・検体から直接のPCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・尿・咽頭拭い液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 接触感染 (接触した人・物の種類・状況：) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 3 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況：) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：) 5 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日 17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ラ ッ サ 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・全身倦怠感 ・関節痛 ・咳 ・咽頭痛 ・筋肉痛 ・心窩部痛 ・後胸部痛 ・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・顔面浮腫 ・頸部浮腫 ・眼球出血 ・結膜出血 ・消化管出血 ・心嚢炎 ・胸膜炎 ・ショック ・聴力障害 ・その他 () ・なし 	<p>18 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:)</p> <p>2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:)</p> <p>3 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況:)</p> <p>4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:)</p> <p>5 その他 ()</p> <p>②感染地域 (確定 ・ 推定)</p> <p>1 日本国内 (都道府県 市区町村)</p> <p>2 国外 (国 詳細地域)</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原の検出 検体: 血液・尿・咽頭拭い液・その他 () ・検体から直接のPCR 法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・尿・咽頭拭い液・その他 () ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 () 	
13	初診年月日 平成 年 月 日	
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	
		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

急性灰白髄炎発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地（※）

電話番号（※）

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

病 型	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 野生株由来、 2) ワクチン株由来、 3) VDPV (vaccine-derived poliovirus) 由来、 4) その他 ()、5) 不明	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 ()
11 症 状 ・発熱 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・感冒様症状 ・胃腸症状 ・項部硬直 ・弛緩性麻痺 ・腱反射の減弱・消失 ・その他 () ・なし	
12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 便・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
13 初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

結 核 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____

印 _____

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所	(9、10は患者が未成年の場合のみ記入)		
		電話 () -		

	病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
	1) 肺結核 2) その他の結核 ()		①感染原因・感染経路 (確定・推定)
11 症 状	・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし		1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況 :)
12 診断方法	・塗抹検査による病原体の検出 検体：喀痰・その他 () ・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・その他 () ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・その他 () ・病理検査における特異的所見の確認 検体：() 所見：() ・ツベルクリン反応検査 (発赤・硬結・水疱・壊死) ・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロング試験 ・画像検査における所見の確認 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()		2 その他 () ② 感染地域 (確定・推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ジフテリア発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	・発熱 ・リンパ節腫脹 ・心筋炎 ・呼吸障害 ・その他 () ・なし	・扁桃・咽頭の偽膜形成 ・ブルネック ・神経炎 ・中耳炎	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況:) 2 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 3 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 4 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 5 その他 ()
	12	・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認 検体 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域) ③ジフテリア含有ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明)	
13	初診年月日	平成 年 月 日	19	その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

重症急性呼吸器症候群（SARS）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____

印 _____

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業
7 当該者住所 電話 () - _____				
8 当該者所在地 電話 () - _____				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			電話 () - _____

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・筋肉痛 ・低酸素血症 ・その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・咳 ・呼吸困難 ・下痢 ・肺炎像 		18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____） 2 経口感染（飲食物の種類・状況： _____） 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____） 4 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____） 5 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： _____） 6 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： _____） 7 その他 () _____
12	診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・便・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・便・その他 () ・ELISA法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・蛍光抗体法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・中和試験による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()			②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日	平成 年 月 日		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

中東呼吸器症候群（MERS）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 ヒトコブラクダその他の動物からの感染 (動物の種類・状況:) 4 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他:) ・検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他:)
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12 及び 18 欄においては該当する番号等を○で囲み、4, 5 及び 13 から 17 までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。11 及び 12 欄においては、該当するもの全てを記載すること。)

鳥インフルエンザ（H5N1）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 鳥 (鶏、あひる、七面鳥、うずら等) からの感染 (鳥の種類・状況:) 4 その他 ()
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体 () HN亜型: H5N1 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H5 N亜型: ()	②感染地域 (確定・推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

鳥インフルエンザ（H7N9）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・脳症 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____) 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____) 3 鳥（鶏、あひる、鳩等）又はその他の動物からの感染（鳥や動物の種類・状況： _____) 4 その他 (_____) ②感染地域（確定・推定） 1 日本国内 (_____ 都道府県 _____ 市区町村) 2 国外 (_____ 国 _____) 詳細地域 _____)	
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体 (_____) HN亜型：H7N9 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 (_____) H亜型：H7 N亜型：(_____)	
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日（*）	平成 年 月 日		
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

コ レ ラ 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	・下痢・軟便 ・米とぎ汁様下痢 ・嘔吐 ・脱水 ・チアノーゼ ・体重減少 ・頻脈 ・血圧低下 ・無尿 ・虚脱 ・筋痙攣 ・胃切除歴 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況 :) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況 :) 3 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるコレラ毒素の確認 (①毒素産生 ②PCR法による毒素遺伝子) 検体：便・その他 () 血清型：O1 ・ O139 O1の抗原型：小川型 ・ 稲葉型 O1の生物型：アジア型(古典型)・エルトル型 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

細菌性赤痢発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	症 状	・発熱 ・腹痛 ・膿粘血便 ・その他 () ・なし	・下痢 ・テネスマス（しぶり腹）	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 経口感染（飲食物の種類・状況： _____) 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____) 3 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 4 その他 (_____)
		・分離・同定による病原体の検出 検体：便 ・ その他 (_____) 菌種：dysenteriae (A群) ・ flexneri (B群) ・ boydii (C群) ・ sonnei (D群) 血清型： (_____) ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____)	②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内 (_____ 都道府県 _____ 市区町村) 2 国外 (_____ 国 _____) 詳細地域 _____)	
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

腸 管 出 血 性 大 腸 菌 感 染 症 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(※)

電話番号(※)

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・腹痛 ・嘔吐 ・急性腎不全 ・痙攣 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・水様性下痢 ・発熱 ・溶血性尿毒症症候群(HUS) ・昏睡 ・脳症 			18 感染原因・感染経路・感染地域			
		<ul style="list-style-type: none"> ①毒素産生 ②PCR法等による毒素遺伝子 検体：便 ・ その他 () ○血清群：O()・不明 H血清群：H()・不明 ベロ毒素：VT1VT2 ・ VT1 ・ VT2 ・ VT(型不明) ・便でのベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	<ul style="list-style-type: none"> ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況：) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況：) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 4 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域) 			19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項			
13	初診年月日	平成	年	月	日				
14	診断（検案(※)）年月日	平成	年	月	日				
15	感染したと推定される年月日	平成	年	月	日				
16	発病年月日 (*)	平成	年	月	日				
17	死亡年月日 (※)	平成	年	月	日				

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

腸チフス発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	症 状	・高熱 ・比較的徐脈 ・バラ疹 ・脾腫 ・下痢 ・便秘 ・腸出血 ・腸穿孔 ・意識障害 ・難聴 ・胆石 ・慢性胆嚢炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況 :) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況 :) 3 その他 ()
		12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髓液・便・尿・胆汁・その他 () ファージ型：() ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
		13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日 17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

パ ラ チ フ ス 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・高熱 ・比較的徐脈 ・バラ疹 ・脾腫 ・下痢 ・便秘 ・腸出血 ・腸穿孔 ・意識障害 ・難聴 ・胆石 ・慢性胆嚢炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 ()				
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・骨髓液・便・尿・胆汁・その他 () ファージ型: () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)			
13	初診年月日	平成	年	月	日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日	平成	年	月	日	
15	感染したと推定される年月日	平成	年	月	日	
16	発病年月日 (*)	平成	年	月	日	
17	死亡年月日 (※)	平成	年	月	日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

E 型 肝 炎 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・食欲不振 ・肝機能異常 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染(飲食物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 4 その他 ()	
	12 診 断 方 法	・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・便・その他() 遺伝子型: G1 ・ G2 ・ G3 ・ G4 ・血清IgM 抗体の検出 ・血清IgA 抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1)ウエストナイル熱、2)ウエストナイル脳炎		
11 症 状	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・発疹 ・リンパ節腫脹 ・麻痺 ・意識障害 ・痙攣 ・髄膜脳炎 ・脳炎 ・筋力低下 ・その他 () ・なし	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：) 3 その他 ()
	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

A 型 肝 炎 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	・全身倦怠感 ・食欲不振 ・肝腫大 ・その他 () ・なし	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況 :) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況 :) 3 性的接触 (A.性交 B.経口) (ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明) 4 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域) ③A型肝炎ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明)
12	・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・便・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	19	その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
13	初診年月日 平成 年 月 日		
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。)

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。

エ キ ノ コ ッ ク ス 症 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 多包条虫、 2) 単包条虫		
11	・肝腫大 ・腹痛 ・黄疸 ・貧血 ・発熱 ・腹水 ・るいそう ・肝臓の画像異常所見 ・その他 () ・なし	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況 :) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 :) 3 その他 ()
12	・包虫あるいは包虫の一部の検出 検体：肝臓の摘出組織・肝臓の生検組織・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 ・Western Blot 法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13 初診年月日 平成 年 月 日		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

黄 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・嘔吐 ・筋肉痛 ・鼻出血 ・歯齦出血 ・黒色嘔吐 ・下血 ・蛋白尿 ・黄疸 ・乏尿 ・肝性昏睡 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日 17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

オ ウ ム 病 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 ・咳 ・粘液性痰 ・肺炎 ・呼吸困難 ・意識障害 ・D I C ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ IgG抗体 256倍以上 ・ペア血清での抗体陽転 ・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()) ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

オムスク出血熱発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業
7 当該者住所 電話 () -				
8 当該者所在地 電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () -			

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・咳 ・徐脈 ・脱水 ・低血圧 ・消化器症状 ・出血 ・髄膜炎 ・脳炎 ・肺炎 ・腎機能障害 ・その他 () ・なし 	<p>18 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p> <p>②感染地域 (確定・推定)</p> <p>1 日本国内 (都道府県 市区町村)</p> <p>2 国外 (国 詳細地域)</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・その他 (_____) ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・髄液・その他 (_____) ・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他 (_____) ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____) 	<p>19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項</p>
13	初診年月日 平成 年 月 日	
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

回 帰 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・結膜炎 ・黄疸 ・心筋炎 ・菌血症 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・咳 ・肝腫大 ・発疹 ・脳出血 	<ul style="list-style-type: none"> ・出血傾向 ・脾腫 ・肝機能異常 ・肺炎 	18 感染原因・感染経路・感染地域
		①感染原因・感染経路 (確定・推定)			
12	診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () 菌種名 ()			②感染地域 (確定 ・ 推定)
		・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()			
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項		
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日			
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日			
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日			
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日			

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

Q 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・全身倦怠感 ・肝機能異常 ・その他 () ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 2 塵埃感染 (吸入物の種類・状況:) 3 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
	12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・その他 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果: IgM抗体64倍以上・IgG抗体256倍以上・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
13 初診年月日		平成 年 月 日
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。)

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。

狂 犬 病 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・咬傷周辺の知覚異常 ・不穏 ・恐水発作 ・異常興奮 ・その他 () ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定 ・ 推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) _____) 2 その他 (_____)
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物・唾液腺・脳組織・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：唾液・髄液・脳組織・その他 () ・Fluorecent Focus Inhibition Test による髄液抗体の検出 ・ELISA 法による髄液抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

コ ク シ ジ オ イ デ ス 症 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・胸部結節性病変 ・皮膚潰瘍・腫瘍 ・その他 () ・なし	・咳	・胸部空洞性病変 ・全身播種	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他 () ・鏡検による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他 () ・免疫拡散法による抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 塵埃感染 (吸入物の種類・状況) () 2 その他 () () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項		
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日			
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日			
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日			
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日			

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

サ ル 痘 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・頭痛 ・背部痛 ・発疹 ・局所リンパ節腫脹 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・電子顕微鏡での観察による病原体の検出（確定例からの二次感染、又は感染動物からの感染が強く疑われる場合に限る） 検体 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
13 初診年月日		平成 年 月 日
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日（*）	平成 年 月 日	
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ジカウイルス感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____

印 _____

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢・日年) 歳 (月 日)	6 当該者職業
7 当該者住所 電話 () -				
8 当該者所在地 電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () -			

病 型	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) ジカウイルス病、 2) 先天性ジカウイルス感染症	① 感染原因・感染経路 (確定 ・ 推定)
11 症候・合併症 1) ジカウイルス病の場合： ・発熱 ・発疹 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・結膜充血 ・血小板減少 ・白血球減少 ・筋力低下 ・弛緩性麻痺 ・反射消失を伴う運動麻痺 ・その他 () ・なし 2) 先天性ジカウイルス感染症の場合： ・小頭症 ・頭蓋内石灰化 ・先天奇形 ・聴覚障害 ・視力障害 ・精神発達遅滞 ・脾腫大 ・肝腫大 ・その他 () ・なし	1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 感染母体からの経胎盤感染 母親の妊娠中のジカウイルス感染症罹患歴 ア) 妊娠中に診断 (診断時の妊娠週数： 週) 羊水検査実施の有無： a) あり b) なし 羊水検査結果： a) 陽性 b) 陰性 c) 判定保留 イ) 出産後に診断 ウ) 判定保留 エ) 陰性 オ) その他 () 3 経産道感染 4 輸血 5 性的接触 ア) 異性間 イ) 同性間 ウ) 不明 6 その他 ()
12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・尿・臍帯・臍帯血・胎盤・髄液・その他 () 方法：ウイルス分離・免疫組織化学染色・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・尿・髄液・臍帯・臍帯血・胎盤・その他 () ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他 () 結果：陽転化・抗体価の有意な上昇 他のフラビウイルス属ウイルスのIgM抗体の確認の有無： あり (病原体：)・なし ・中和抗体の検出 検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他 () 結果：陽転化・抗体価の有意な上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	② 感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。

この届出は診断後直ちに行ってください

重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。） 発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
7 当該者住所 電話 () - _____					
8 当該者所在地 電話 () - _____					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () - _____				

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> 発熱 神経症状 嘔吐 血小板減少 出血傾向 刺し口 その他 () なし 	<ul style="list-style-type: none"> 頭痛 腹痛 食欲不振 白血球減少 紫斑 	<ul style="list-style-type: none"> 筋肉痛 下痢 全身倦怠感 リンパ節腫脹 消化管出血 	18 感染原因・感染経路・感染地域	
	12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> 分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 その他の方法 () 検体 () 結果 () 	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____) 3 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： _____) 4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： _____) 5 その他 () _____)		②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村） 2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____)
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項			
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日				
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日				
16 発病年月日(*)	平成 年 月 日				
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日				

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

腎 症 候 性 出 血 熱 (HFRS) 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・血圧低下 ・ショック ・点状出血 ・乏尿 ・蛋白尿 ・血尿 ・腎機能低下 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()	
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・尿・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・尿・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

西部ウマ脳炎発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名		10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
		電話 () -			

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし 	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：) 3 その他 () ②感染地域 (確定・推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()		
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	19	その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項		
13	初診年月日	平成	年	月	日
14	診断（検案(※)）年月日	平成	年	月	日
15	感染したと推定される年月日	平成	年	月	日
16	発病年月日 (*)	平成	年	月	日
17	死亡年月日 (※)	平成	年	月	日

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ダニ媒介脳炎発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () - _____				
8 当該者所在地				
電話 () - _____				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () - _____			

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし 	18	<p>感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・その他 (_____) ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・髄液・その他 (_____) ・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他 (_____) ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____) 	19	<p>その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項</p>
13	初診年月日	平成 年 月 日	
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

炭 疽 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	・皮膚病変（ニキビ、虫さされ様） ・水疱 ・黒色痂皮 ・敗血症 ・発熱 ・呼吸困難 ・チアノーゼ ・ショック ・腹痛 ・吐血 ・血性下痢 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 経口感染（飲食物の種類・状況：) 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況：) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・ 状況：) 4 その他 ()) ②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域)
	12	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
13	初診年月日 平成 年 月 日	
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日（*） 平成 年 月 日	
17	死亡年月日（※） 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

チクングニア熱発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () -				

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・関節痛 ・発疹 ・関節の炎症、腫脹 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・筋肉痛 ・リンパ節腫脹 ・血小板減少 ・白血球減少 ・神経症状 ・劇症肝炎 ・その他 () ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____) 2 その他 (_____)			
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・ペア血清でのELISA法によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 _____) 渡航時期 ()		
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項		
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日			
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日			
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日			
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日			

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。)

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。

この届出は診断後直ちに行ってください

つ つ が 虫 病 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・頭痛 ・発熱 ・刺し口 ・リンパ節腫脹 ・発疹 ・肺炎 ・脳炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) () 2 その他 ()			
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・病理組織・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・病理組織・その他 () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)		
13	初診年月日	平成	年	月	日
14	診断（検案(※)）年月日	平成	年	月	日
15	感染したと推定される年月日	平成	年	月	日
16	発病年月日 (*)	平成	年	月	日
17	死亡年月日 (※)	平成	年	月	日
19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項					

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

デング熱発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) デング熱、 2) デング出血熱		
11	・発熱 ・2日以上続く発熱 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・発疹 ・血小板減少 ・100,000/mm ³ 以下の血小板減少 ・白血球減少 ・出血 ・ショック ・ヘマトクリットの上昇(補液なしで、同性、同年代の正常値の20%以上の上昇) ・血清蛋白の低下 ・胸水 ・腹水 ・Tourniquet テスト陽性 ・その他 () ・なし	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 2 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () 血清型: () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・その他 () 血清型: () ・血液(血清又は全血)での非構造蛋白(NS1)の検出 ・ペア血清での血清IgM抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断(検案(※))年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日(*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日(※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。

鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）

発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所	(9、10は患者が未成年の場合のみ記入)		
		電話 () -		

11 症状	・発熱 ・咳 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・結膜炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診断方法	①感染原因・感染経路 (確定・推定)
・分離・同定による病原体の検出 検体 () H亜型: H5・H7・H9・その他 () N亜型: () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H5・H7・H9・その他 () N亜型: () ・中和試験による血清抗体の検出 H亜型: H5・H7・H9・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況:) 2 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 3 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 4 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 5 その他 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ニ パ ウ イ ル ス 感 染 症 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	・発熱 ・筋肉痛 ・意識障害 ・痙攣 ・その他 () ・なし	・嘔吐 ・ミオクローヌス ・筋緊張低下 ・脳炎	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他 ()
	12	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・その他 () ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日	平成 年 月 日	19	その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

日 本 紅 斑 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・頭痛 ・刺し口 ・発疹 ・DIC ・肝機能異常 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
13 初診年月日		平成 年 月 日
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

日 本 脳 炎 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし	・頭痛 ・項部硬直 ・易興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動	18 感染原因・感染経路・感染地域
	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況) 3 その他 ()		
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・ペア血清での補体結合抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 () ③日本脳炎ワクチン接種歴 1 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H 年 月 日 ・不明) 2 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H 年 月 日 ・不明) 3 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H 年 月 日 ・不明) 4 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H 年 月 日 ・不明)	
	13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ハンタウイルス肺症候群 (HPS) 発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・咳嗽 ・消化器症状 ・頻脈 ・肺水腫 ・その他 () ・なし	筋肉痛	呼吸困難	頻呼吸	ショック	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) _____) 2 その他 (_____)
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・肺組織・その他 (_____) ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・肺組織・その他 (_____) ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____)				
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項				
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日					
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日					
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日					
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日					

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

B ウ イ ル ス 病 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・水疱性 ・潰瘍性皮膚粘膜病変 ・動物との接触部位の局所症状 ・リンパ節腫脹 ・発熱 ・筋力低下 ・麻痺 ・結膜炎 ・脳幹機能不全 ・複視 ・構語障害 ・交差性麻痺 ・知覚障害 ・脳炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・ 擦過部生検組織・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・ 擦過部生検組織・その他 () ・ELISA法(ドットプロット法を含む)による血清抗体の 検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・ 状況) 2 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状 況) 3 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

この届出は診断後直ちに行ってください

鼻 疽 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地（※） _____

電話番号（※） _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (月)		
7 当該者住所 電話 () -					
8 当該者所在地 電話 () -					
9 保護者氏名		10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () -			

11	・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・筋肉膿瘍 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況) 3 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

この届出は診断後直ちに行ってください

ブルセラ症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・関節痛 ・腰背部痛 ・リンパ節腫脹 ・精巣炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・肺炎 ・膝炎 ・その他 () ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況 :)) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況)) 3 その他 ())	
		12 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髄・膿瘍・その他 () 菌種名 () ・試験管凝集反応による血清抗体の検出 結果：抗原がアポルタスで40倍以上・ 抗原がカニスで160倍以上 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()	
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ベネズエラウマ脳炎発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の類型					
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (か月)		
7 当該者住所					
電話 () - _____					
8 当該者所在地					
電話 () - _____					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () - _____				

11	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・発疹 ・リンパ節腫脹 ・麻痺 ・意識障害 ・痙攣 ・髄膜炎 ・脳炎 ・筋力低下 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____) 3 その他 (_____) ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
12	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・その他 (_____) ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・髄液・その他 (_____) ・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他 (_____) ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____)	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ヘンドラウイルス感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・肺炎 ・筋肉痛 ・意識障害 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし	・嘔吐 ・呼吸障害 ・ミオクローヌス ・脳炎	18 感染原因・感染経路・感染地域
	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他 ()		
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・その他 () ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他 () ・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)	
	13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日 17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること

発 し ん ち フ ス 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・発疹 ・幻覚 ・意識障害 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他 ()
	・頭痛 ・点状出血 ・狂躁状態	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・病理組織・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・病理組織・その他 () ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
13 初診年月日	平成 年 月 日	
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ボツリヌス症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____

印 _____

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 食餌性(食中毒)、2) 乳児、 3) 創傷、4) 成人腸管定着、5) 不明		①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）
11 症 状	・弛緩性麻痺 ・複視 ・眼瞼下垂 ・嚥下困難 ・口渴 ・便秘 ・筋力低下 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし	1 経口感染（飲食物の種類・状況：) 2 創傷感染（創傷の部位・状況)
	12 診 断 方 法	3 その他 ()
・検体から直接のボツリヌス毒素の検出 検体：血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液 ・その他 () ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるボツリヌス毒素の確認 (①毒素産生、②PCR法による毒素遺伝子) 検体：血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液・ その他 () ・原因食品からのボツリヌス毒素の検出 原因食品 () ・ボツリヌス毒素に対する血清抗体の検出（数か月後） ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

マ ラ リ ア 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱、2) 四日熱、3) 卵形、4) 熱帯熱、5) その他、6) 不明		①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：) 3 母子感染 (ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳) 4 その他 ()
11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛 ・脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖 ・意識障害 ・急性腎不全 ・DIC ・肺水腫 / ARDS ・その他 () ・なし 	
12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> ・血液検体の鏡検による病原体の検出 ・血液検体の PCR 法による病原体遺伝子の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

野 兎 病 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業
7 当該者住所 電話 () -				
8 当該者所在地 電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () -			

11	・悪寒 ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 ・リンパ節腫脹 ・リンパ節潰瘍 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 水系感染 (水の種類・状況 :) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 :) 3 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・菌凝集反応による血清抗体の検出 結果：単一血清で40倍以上 ・ペア血清での抗体陽転 ・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ライム病発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) (_____) _____
 (※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・遊走性紅斑 ・発熱 ・末梢神経症状 ・慢性萎縮性肢端皮膚炎 ・その他 () ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()		
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・ その他 () 菌種名 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・ その他 () ・Western Blot法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()	
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

リ ッ サ ウ イ ル ス 感 染 症 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・咬傷周辺の知覚異常 ・疼痛 ・不穏 ・頭痛 ・発熱 ・恐水発作 ・麻痺 ・痙攣 ・異常興奮 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 :) 2 その他 ()	
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物 ・唾液腺・脳組織・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：唾液・髄液・脳組織・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
	13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日 17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

リ フ ト バ レ ー 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地（※） _____

電話番号（※） _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
7 当該者住所 電話 () -					
8 当該者所在地 電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				電話 () -

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし 	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況) 3 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・血清での中和抗体の検出 ・ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	19	その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
13	初診年月日 平成 年 月 日	19	
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

類 鼻 疽 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地（※） _____

電話番号（※） _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (か月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () -				

11	・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・筋肉膿瘍 ・リンパ節膿瘍 ・その他 () ・なし	・頭痛 ・ショック ・皮膚膿瘍 ・肺膿瘍 ・腹部臓器膿瘍 ・骨膿瘍
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 水系感染 (水の種類・状況 :) 2 創傷感染 (創傷の部位・状況 :) 3 塵埃感染 (吸入物の種類・状況 :) 4 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域
13	初診年月日	平成 年 月 日
14	診断（検案※）年月日	平成 年 月 日
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日
16	発病年月日（*）	平成 年 月 日
17	死亡年月日（※）	平成 年 月 日
19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項		

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

この届出は診断後直ちに行ってください

レ ジ オ ネ ラ 症 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 12 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業
7 当該者住所 電話 () - _____				
8 当該者所在地 電話 () - _____				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () - _____			

病 型	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 肺炎型 2) ポンティアック熱型	①感染原因・感染経路 (確定・推定)
11 症 状 ・発熱 ・咳嗽 ・呼吸困難 ・腹痛 ・下痢 ・意識障害 ・肺炎 ・多臓器不全 ・その他 () ・なし	1 水系感染 (水の種類・状況:) 2 塵埃感染 (吸入物の種類・状況:) 3 その他 ()
12 診 断 方 法 ・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体 () ・尿中の病原体抗原の検出 検査法 (酵素抗体法・イムノクロマト法) ・検体から直接の病原体遺伝子の検出 検査法 (PCR法・LAMP法) 検体 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以上)・単一血清で256倍以上 ・マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以上)・単一血清で256倍以上 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 ()
13 初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。

レプトスピラ症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11	・発熱 ・筋肉痛 ・結膜充血 ・黄疸 ・出血症状 ・蛋白尿 ・腎不全 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 2 水系感染 (水の種類・状況:) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 4 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
12	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・尿・その他 () 血清型: () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・髄液・尿・その他 () ・ペア血清での顕微鏡下凝集試験法 (MAT) による血清抗体の検出 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 血清型: () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
13	初診年月日 平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日	
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

ロ ッ キ ー 山 紅 斑 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) _____
 (※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () -				

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・肝機能異常 ・中枢神経症状 ・その他 () ・なし 	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 ()) 2 その他 ()
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	②感染地域 (確定・推定)	1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
13	初診年月日 平成 年 月 日	19	その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日		
15	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16	発病年月日 (*) 平成 年 月 日		
17	死亡年月日 (※) 平成 年 月 日		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日（平成 年 月 日）

医師の氏名 _____ 印
 （署名または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 _____
 上記施設の住所・電話番号* _____（電話 _____）

（*所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1 診断（検案）した者（死体）の類型	
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	
2 性別	男 ・ 女
3 診断時の年齢	歳
4 病型	1) 孤発性プリオン病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD) (b) その他 2) 遺伝性プリオン病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病 (GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症 (FFI) 3) 感染性プリオン病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD
5 診断方法	1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出） 部位 (1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他の臓器 方法 (1) Western Blot法 (2) 免疫染色法 異常プリオン蛋白の沈着型 (1) アミロイド型 (2) シフ型 (3) その他 2) プリオン蛋白遺伝子検査 (1) コドン () の異常 (2) コドン129の多型 (7. M/M 4. M/V 5. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E 4. E/K 5. K/K) (4) その他 () 3) 臨床症候 4) 家族歴 5) 検査 (1) 脳波 (PSD) (2) 脳MRI (3) 14-3-3蛋白 (4) その他 6) その他 () （該当するものすべてに記載すること）
6 症状	ア. 進行性認知症 (年 月より) イ. ミオクローヌス (年 月より) ウ. 錐体路症状 (年 月より) エ. 錐体外路症状 (年 月より) オ. 小脳症状 (年 月より) カ. 視覚異常 (年 月より) キ. 無動性無言状態 (年 月より) ク. 記憶障害 (年 月より) ケ. 精神・知能障害 (年 月より) コ. 臨床的に頑固な不眠 (年 月より) サ. 異常感覚 (年 月より) シ. 痙性対麻痺 (年 月より) ス. 筋強剛 (年 月より) セ. その他 () (年 月より)
7 初診年月日	平成 年 月 日
8 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日
9 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日
10 発病年月日（*）	平成 年 月 日
11 死亡年月日（※）	平成 年 月 日
12 感染原因・感染経路・感染地域	（感染性プリオン病の場合のみ記載）
①感染原因・感染経路（推定される感染年月日）	1) ヒト乾燥硬膜(年 月 日) 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤(年 月 日) 3) 角膜手術(年 月 日) 4) 手術等観血的処置(年 月 日) [種類 _____] 5) 輸血等(年 月 日) 6) その他[_____](年 月 日)
②感染地域（確定・推定）	1 日本国内 (都道府県 _____ 市区町村) 2 国外 (国、 _____) 詳細地域: _____

（1、2、4から6、12欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11欄は年齢・年月日を記入すること。（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。（*）欄は、患者を診断した場合のみ記入すること）

この届出は診断から7日以内に行ってください

後天性免疫不全症候群発生届（H I V感染症を含む）

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類			
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体			
2 性別	男 ・ 女	6	1) 有 2) 無 (無症候性キャリアの場合は、当欄の記載は不要)
3 診断時の年齢	歳		
4 病名	1) 無症候性キャリア 2) A I D S 3) その他 (_____)		
5-1 診断方法	・抗H I V抗体スクリーニング検査 1)ELISA法 2) P A 法 3) I C 法 4)その他 (_____) ・確認検査 1)Western Blot法 2) I F A 法 3)その他 (_____) ・病原検査 1) H I V 抗原検査 2) ウイルス分離 3) P C R 法 4)その他 (_____) ・1 8 か月未満の児の免疫学的所見 (_____) (該当するもの全てに○をすること)	7 発病年月日 (AIDSの指標疾患(5-2)の発病日)	平成 年 月 日
		8 初診年月日	平成 年 月 日
		9 診断(検案※)年月日 (AIDSの場合は指標疾患(5-2)の診断日)	平成 年 月 日
		10 感染したと推定される年月日	昭和・平成 年 月 日
		11 死亡年月日 ※	平成 年 月 日

ジアルジア症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4	・腹部不快感 ・下痢 ・胆管炎 ・胆嚢炎 ・その他（ ）	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・状況： ） 3 性的接触（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 4 その他（ ）
5	・鏡検による病原体の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（ ） ・病原体抗原の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（ ） 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（ ） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 ） 詳細地域
6	初診年月日 平成 年 月 日	
7	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	
8	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
9	発病年月日（*） 平成 年 月 日	
10	死亡年月日（※） 平成 年 月 日	

（1, 2, 4, 5, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。
 (*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 4, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

この届出は診断から7日以内に行ってください

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ (_____) _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他（ ） 	11	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____ ） 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____ ） 3 その他（ _____ ） ②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域 ） ③ヒブワクチン接種歴 1回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
5	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 血清型：未実施・b群・その他（ 型） ・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 血清型：未実施・b群・その他（ 型） ・ラテックス法による病原体抗原の検出 ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ） 			
6	初診年月日	平成 年 月 日		
7	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		
8	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
9	発病年月日（*）	平成 年 月 日		
10	死亡年月日(※)	平成 年 月 日		

この届出は診断から7日以内に行ってください

(1, 2, 4, 5, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。
 (*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 4, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

侵襲性髄膜炎菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () -				

11	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・髄膜炎 ・多臓器不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・項部硬直 ・ショック ・菌血症 ・その他 () 	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____) 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____) 3 その他 (_____) ②感染地域（確定・推定） 1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村） 2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____ 渡航期間（ _____) ③共同生活の有無（有・無） 1 学生寮 2 社員寮 3 その他 (_____)	
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他 (_____) 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他 (_____) ・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液・その他 (_____) 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他 (_____) ・その他の検査方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____)				
13	初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項		
14	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日			
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日			
16	発病年月日（*）	平成 年 月 日			
17	死亡年月日（※）	平成 年 月 日			

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。
 (*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

水痘（入院例に限る。）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(※)

電話番号(※)

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	2 性別 男 ・ 女	3 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ か月）
---	---------------	---------------------------

病 型		その他の検査方法（ 検体（ 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・臨床決定（ ）
1) 検査診断例	2) 臨床診断例	
4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・肺炎 ・気管支炎 ・熱性痙攣 ・肝炎 ・膿痂疹 ・蜂窩織炎 ・敗血症 ・脳炎 ・髄膜脳炎 ・小脳炎 ・小脳失調 ・急性呼吸窮迫症候群（ARDS）・急性散在性脳脊髄炎（ADEM） ・根神経炎 ・急性腎不全 ・小腸穿孔 ・心膜炎 ・播種性血管内凝固症候群（DIC） ・多臓器不全 ・内臓播種性水痘 ・妊婦水痘 ・免疫不全 ・他疾患入院中の発症 ・後遺症（ ） ・その他（ ） 	6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 9 発病年月日（*） 平成 年 月 日 10 死亡年月日（※） 平成 年 月 日 11 感染原因・感染経路・感染地域
5 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・髄液・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・蛍光抗体法による抗原の検出 検体：水疱内容液・水疱基底部分拭い液（水疱内剥離感染細胞）・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・髄液・痂皮・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・血清IgM抗体の検出 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性・判定保留 ） 抗体価：（ ） ・ペア血清での抗体の検出 検体採取日（1回目 月 日 2回目 月 日 ） 抗体価（1回目 2回目 ） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：EIA・IAHA・NT・CF・その他（ ） 	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源となった水痘患者・带状疱疹患者・状況： ） 2 接触感染（感染源となった水痘患者・带状疱疹患者・物の種類・状況： ） 3 院内感染（感染伝播の状況： （入院していた理由（疾患名）） ） 4 その他（ ） ②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 渡航期間 ） ③水痘ワクチン接種歴 1回目 有（ 歳） ・ 無 ・ 不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 2回目 有（ 歳） ・ 無 ・ 不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）

（1, 2, 4, 5及び11欄においては該当する番号等を○で囲み、3及び6から10までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。

（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

（*）欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4及び5欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

この届出は診断から7日以内に行ってください

先天性風しん症候群発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(※)

電話番号(※)

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域														
1) CRS 典型例、 2) その他															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">4</td> <td>・白内障 ・先天性緑内障 ・先天性心疾患（ ） ・難聴 ・色素性網膜症 ・紫斑 ・脾腫 ・小頭症 ・精神発達遅滞 ・髄膜脳炎 ・X線透過性の骨病変 ・黄疸（生後24時間以内に出現） ・その他（ ）</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">5</td> <td>・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （ ） ・血清IgM抗体の検出 ・血清赤血球凝集抑制(HI)抗体価が、移行抗体の推移から 予想される値を高く超えて持続（出生児のHI抗体価が、 月あたり1/2の低下率で低下していない） ・その他検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>初診年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>感染したと推定される年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>発病年月日（*） 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>死亡年月日（※） 平成 年 月 日</td> </tr> </table>	4	・白内障 ・先天性緑内障 ・先天性心疾患（ ） ・難聴 ・色素性網膜症 ・紫斑 ・脾腫 ・小頭症 ・精神発達遅滞 ・髄膜脳炎 ・X線透過性の骨病変 ・黄疸（生後24時間以内に出現） ・その他（ ）	5	・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （ ） ・血清IgM抗体の検出 ・血清赤血球凝集抑制(HI)抗体価が、移行抗体の推移から 予想される値を高く超えて持続（出生児のHI抗体価が、 月あたり1/2の低下率で低下していない） ・その他検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	6	初診年月日 平成 年 月 日	7	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日	8	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	9	発病年月日（*） 平成 年 月 日	10	死亡年月日（※） 平成 年 月 日	<p>①感染原因・感染経路</p> <p>1 母親の妊娠中の風しん罹患歴 ・あり（発症した妊娠週数 週） ・なし ・不明</p> <p>②母親の感染地域（ 確定・推定 ）</p> <p>1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 ） 詳細地域)</p> <p>③出生時の母親の年齢（ 歳）</p> <p>④母親の風しん含有ワクチン接種歴</p> <p>1回目 有（ 歳）・ 無 ・ 不明 母子手帳等の記録による確認の有無（有・無） ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）</p> <p>2回目 有（ 歳）・ 無 ・ 不明 母子手帳等の記録による確認の有無（有・無） ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）</p>
4	・白内障 ・先天性緑内障 ・先天性心疾患（ ） ・難聴 ・色素性網膜症 ・紫斑 ・脾腫 ・小頭症 ・精神発達遅滞 ・髄膜脳炎 ・X線透過性の骨病変 ・黄疸（生後24時間以内に出現） ・その他（ ）														
5	・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （ ） ・血清IgM抗体の検出 ・血清赤血球凝集抑制(HI)抗体価が、移行抗体の推移から 予想される値を高く超えて持続（出生児のHI抗体価が、 月あたり1/2の低下率で低下していない） ・その他検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）														
6	初診年月日 平成 年 月 日														
7	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日														
8	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日														
9	発病年月日（*） 平成 年 月 日														
10	死亡年月日（※） 平成 年 月 日														

（1, 2, 4, 5, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。

（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

（*）欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

この届出は診断から7日以内に行ってください

播種性クリプトコックス症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・呼吸器症状 ・皮疹 ・中枢神経系病変 ・その他（ ） 	11	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類： _____） 2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・状況： _____） 3 その他（ _____） ②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域 ）
5	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ） ・病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜を有する酵母細胞の証明） 検体：髄液・病理組織 その他（ ） ・ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗原の検出 検体：髄液・血液 その他（ ） 		
6	初診年月日 平成 年 月 日		
7	診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日		
8	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
9	発病年月日（*） 平成 年 月 日		
10	死亡年月日(※) 平成 年 月 日		

この届出は診断から7日以内に行ってください

（1, 2, 4, 5及び11欄においては該当する番号等を○で囲み、3及び6から10までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。

（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

（*）欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4及び5欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

1. 風しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をしていただくこととなっておりますが、風しんに対するより迅速な行政対応に資するため、風しんを診断（臨床診断を含む）した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いします。
2. 臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、検査結果等を総合的に勘案し、風しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式5-20

風 し ん 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の類型
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ 月）

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 検査診断例、 2) 臨床診断例		
4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発疹 ・発熱 ・リンパ節腫脹 ・関節痛・関節炎 ・血小板減少性紫斑病 ・脳炎 ・その他（ _____ ） 	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____ ） 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____ ） 3 その他（ _____ ）
5 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・ _____ その他（ _____ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・ _____ その他（ _____ ） ・血清IgM抗体の検出 ・ペア血清での抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法： EIA ・ HI ・ その他（ _____ ） ・その他の検査方法（ _____ ） 検体（ _____ ） 結果（ _____ ） ・臨床決定（ _____ ） 	②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村） 2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____ ） ③風しん含有ワクチン接種歴 1回目 有（ _____ 歳）・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明） 2回目 有（ _____ 歳）・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明）
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日（*）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

(1, 2, 4, 5, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

(*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。

この届出は診断から7日以内に行ってください

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5-21

麻 し ん 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(※)

電話番号(※)

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の類型					
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (か月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () -				

病 型		13 感染原因・感染経路・感染地域
1)麻しん（検査診断例） 2)麻しん（臨床診断例） 3)修飾麻しん（検査診断例）		①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）
11 症状	・発熱（ 月 日出現） ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・眼脂 ・コプリック斑 ・発疹（ 月 日出現） ・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（ ）	1 飛沫・飛沫核感染（感染源となった麻疹患者・状況： （ ） 2 接触感染（感染源となった麻疹患者・物の種類・状況： （ ） 3 その他（ ）
12 診断方法	陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。 (ア) 分離・同定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） 遺伝子型：（ ） (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） 遺伝子型：（ ） (ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性・判定保留 ） 抗体価：（ ） (エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日（1回目 月 日 2回目 月 日） 抗体価（1回目 2回目） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：EIA・HI・NT・PA・その他（ ） (オ) その他の検査方法（ ） 検体（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ ） (カ) 臨床決定（ ）	②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域 渡航期間） ③麻しん含有ワクチン接種歴 1回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 2回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
		14 初診年月日 平成 年 月 日 15 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 16 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 17 発病年月日(*) 平成 年 月 日 18 死亡年月日(※) 平成 年 月 日
		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11 から 13 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 14 から 18 欄は年齢、年月日を記入すること。
(※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。
(*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

