

アメーバ赤痢発生届

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（ か月）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域		
1) 腸管アメーバ症 2) 腸管外アメーバ症				
症 状	4	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 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 3 その他（ 5		
	・下痢	・粘血便	・しぶり腹	・鼓腸
	・腹痛	・発熱	・右季肋部痛	
	・肝腫大	・肝膿瘍	・腹膜炎	
	・胸膜炎	・心囊炎	・大腸粘膜異常所見	
その他（ 診断方法				
5	・鏡検による病原体の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他 (・ELISA法による病原体抗原の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・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：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他 (・血清抗体の検出 ・その他の方法（ 検体（ 結果（ 6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断（検査（※））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	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）		

この届出は診断から7日以内に行つてください

（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、死亡者を検査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。）

ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（ か月）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域	
1) B型、2) C型、3) D型、 4) そ の 他()、5) 不明		①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 2 静注薬物常用 3 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ） 4 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 5 母子感染（ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳） 6 その他（ ）	
4 症 状	・全身倦怠感 　・嘔吐 　・褐色尿 ・発熱 　・肝機能異常 　・黄疸 ・劇症肝炎 ・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 診 断 方 法	1) B型肝炎 ・血清でのIgM HBc抗体の検出 （明らかなキャリアからの急性増悪は含まない） ・遺伝子型：A型・B型・C型・その他（ ）・未実施 2) C型肝炎 ・血清での抗体陰性、かつHCV RNA又はHCVコア抗原の検出 ・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 ・遺伝子型：1型・2型・その他（ ）・未実施 3) その他の方法（ 検体（ 結果（ ） ） ）	③B型肝炎ワクチン接種歴（有・無・不明）	
6 初診年月日	平成 年 月 日		
7 診断（検査）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日以内に行つてください

（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、死亡者を検査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。）

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症発生届

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（ か月）

4 症 状	・尿路感染症 　・肺炎 　・腸炎 　・腹膜炎 ・膿膜炎 　・菌血症 　・敗血症 　・胆囊炎 ・胆管炎 ・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 以前からの保菌（保菌部位： ） 2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ） 3 医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（ ）） 4 手術部位感染（手術手技： ） 5 その他（ ）
5 診 断 方 法	・ 通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸内細菌科細菌の検出及び分離菌の薬剤耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・膿液 その他（ ） 菌種名（ ） 確認に用いた薬剤名（メロペネム・イミペネムとセフメタゾール） ・ 通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸内細菌科細菌の検出、分離菌の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（ ） 菌種名（ ） 確認に用いた薬剤名（メロペネム・イミペネムとセフメタゾール）	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 ） ③90日以内の海外渡航歴（有・無） 有りの場合 1 渡航先（ 国） 2 海外での医療機関の受診歴（有・無） 有りの場合 受診した国名（ 国） 入院歴（有・無）
		6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断（検査）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日以内に行つてください

(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、死亡者を検査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。)

急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（か月）

病型	
1) 病原体（	）
2) 病原体不明	
4 症 状	・発熱 ・頭痛 ・嘔吐 ・項部硬直 ・痙攣 ・意識障害 ・髄液細胞数の増加 ・その他（ ）
5 診 断 方 法	・意識障害を伴って死亡した者、または意識障害を伴つて24時間以上入院した者のうち、次の①②③の少なくとも1つの症状を呈したことを確認 ①38度以上の高熱、②何らかの中枢神経症状、③先行感染症状（熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷等、明らかに感染性とは異なる場合は除外する。）

6 初診年月日	平成 年 月 日
7 診断（検査）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			
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（ ）		
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, 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、死亡者を検査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日以内に行なってください

クリプトスピリジウム症発生届

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（検査）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（ か月）

4 症 状	・腹痛 ・発熱 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・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 性的接触（A. 性交 B. 経口） （ア. 同性間 イ. 异性間 ウ. 不明） 6 その他（ ）
5 診 断 方 法	・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・肺液・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・肺液・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・肺液・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（検査）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、死亡者を検査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。）

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（検査）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	
病型	1) 孤発性プリオント病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) (b) その他	
	2) 遺伝性プリオント病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャイン カ一病(GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症(FFI)	
	3) 感染性プリオント病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD	
	診断の確実度（7. 確実 1. ほぼ確実 ウ. 疑い）	
診断方法	1) 病原体診断（異常プリオント蛋白の検出） 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 異常プリオント蛋白の沈着型 (1) アミロイド型 (2) シガブ型 (3) その他	
	2) プリオント蛋白遺伝子検査 (1) コドン () の異常 (2) コドン129の多型 (7. M/M 1. M/V ウ. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E 1. E/K ウ. 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. ミオクロースス (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. 痙攣性対麻痺 (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（検査）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 (感染性プリオント病の場合のみ記載)		
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、死者を検査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日以内に行つてください

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（　　か月）

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・ショック ・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・D I C ・軟部組織炎 ・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状 ・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 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 創傷感染（創傷の部位・状況：　　） 5 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：血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・壞死軟部組織・その他（　　） 血清群：A群・B群・C群・G群 その他（　　群） M型/T型別：M（　　）型、T（　　）型 ・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（検査）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日以内に行つてください

（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、死亡者を検査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。）

後天性免疫不全症候群発生届（HIV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（検査）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				
2 性 別	男 · 女			
3 診断時の年齢	歳			
4 病名	1) 無症候性キャリア 2) AIDS 3) その他 ()			
5-1 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> 抗HIV抗体スクリーニング検査 <ul style="list-style-type: none"> 1) ELISA法 2) P A法 3) I C法 4) その他 () <ul style="list-style-type: none"> ・確認検査 <ul style="list-style-type: none"> 1) Western Blot法 2) I F A法 3) その他 () <ul style="list-style-type: none"> ・病原検査 <ul style="list-style-type: none"> 1) HIV抗原検査 2) ウィルス分離 3) P C R法 4) その他 () <ul style="list-style-type: none"> ・18か月未満の児の免疫学的所見 <ul style="list-style-type: none"> () 			
	6 診断時の症状	1) 有		
		2) 無		
		(無症候性キャリアの場合は、当欄の記載は不要)		
		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（検査※）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	

<p>5-2</p> <p>A</p> <p>I</p> <p>D</p> <p>S</p> <p>と</p> <p>診</p> <p>断</p> <p>し</p> <p>た</p> <p>指</p> <p>標</p> <p>疾</p> <p>患</p> <p>該</p> <p>当</p> <p>す</p> <p>る</p> <p>全</p> <p>て</p> <p>に</p> <p>○</p>	<p>1) カンジダ症（食道、気管、気管支、肺）</p> <p>2) クリプトコッカス症（肺以外）</p> <p>3) コクシジオイデス症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの）</p> <p>4) ヒストプラズマ症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの）</p> <p>5) ニューモシスティス肺炎</p> <p>6) トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）</p> <p>7) クリプトスボリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）</p> <p>8) イソスピラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）</p> <p>9) 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの）</p> <p>10) サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く）</p> <p>11) 活動性結核（肺結核又は肺外結核）</p> <p>12) 非結核性抗酸菌症（①全身に播種したもの ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの）</p> <p>13) サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）</p> <p>14) 単純ヘルペスウイルス感染症（①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの）</p> <p>15) 進行性多巣性白質脳症</p> <p>16) カポジ肉腫</p> <p>17) 原発性脳リンパ腫</p> <p>18) 非ホジキンリンパ腫</p> <p>19) 侵潤性子宮頸癌</p> <p>20) 反復性肺炎</p> <p>21) リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP／PLH complex（13歳未満）</p> <p>22) HIV脳症（認知症又は亜急性脳炎）</p> <p>23) HIV消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）</p>
---	--

<p>12 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①推定される感染原因・感染経路</p> <p>1) 性行為感染 ア. 異性間性的接触 イ. 同性間性的接触</p> <p>2) 静注薬物使用</p> <p>3) 母子感染</p> <p>4) 輸血</p> <p>5) その他 ()</p> <p>6) 不明</p> <p>②推定される感染地域</p> <p>1) 日本国内</p> <p>2) その他 ()</p> <p>3) 不明</p>	<p>13 感染症のまん延及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項</p> <p>①最近数年間の主な居住地</p> <p>1) 日本国 (都道府県)</p> <p>2) その他 ()</p> <p>3) 不明</p> <p>②国籍</p> <p>1) 日本</p> <p>2) その他</p> <p>3) 不明</p>
---	--

この届出は診断から7日以内に行つてください

（1、2、4から6、12、13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、死亡者を検査した場合のみ記入すること。）

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（か月）

4 症 状	・腹部不快感 ・胆管炎 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・状況： ） 3 性的接觸（A. 性交 B. 経口） (ア. 同性間 イ. 異性間 ウ. 不明) 4 その他（ ）
5 診 断 方 法	・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・膣液・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・膣液・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・膣液・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（検査）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、死亡者を検査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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（ か月）

4 症 状	・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全	・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他（ ）	・嘔吐 ・項部硬直 ・髄膜炎 ・関節炎	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（ ）
5 診 断 方 法	・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		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） 製造会社/Lotto番号（ / ） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lotto番号（ / ） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lotto番号（ / ） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lotto番号（ / ）	
	・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		1回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lotto番号（ / ） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lotto番号（ / ） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lotto番号（ / ） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lotto番号（ / ）		
6 初診年月日	平成 年 月 日	11 感染原因・感染経路・感染地域		
7 診断（検査）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日以内に行つてください

(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、死亡者を検査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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（ ） -			

11 症状	・頭痛	・発熱	・全身倦怠感	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・嘔吐	・発疹	・痙攣	
12 診断方法	・意識障害	・頸部硬直	・大泉門膨隆	①感染原因・感染経路（確定・推定）
	・点状出血	・ショック	・D I C	1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：）
	・髄膜炎	・菌血症	・関節炎	2 接触感染（接触した人・物の種類・状況：）
	・多臓器不全	・その他（ ）		3 その他（ ）
	・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（ ）			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（ ））
	・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（ ）			③共同生活の有無（有・無） 1 学生寮 2 社員寮 3 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（検査）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つてください

(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、死亡者を検査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。)

侵襲性肺炎球菌感染症発生届

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（か月）

4 症 状	・頭痛 ・全身倦怠感 ・意識障害 ・髄膜炎 ・菌血症	・発熱 ・嘔吐 ・項部硬直 ・肺炎 ・その他（ ）	・咳 ・痙攣 ・大泉門脹隆 ・中耳炎	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（ ）			
5 診 断 方 法	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肺炎球菌ワクチン接種歴						
	1回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（（ ）価結合型・23価多糖体・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（（ ）価結合型・23価多糖体・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 ワクチンの種類（（ ）価結合型・23価多糖体・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（検査）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日以内に行つてください

(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、死亡者を検査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。)

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（か月）

病型		・その他の検査方法（ ）	
1) 検査診断例 2) 臨床診断例		検体（ ）	
4 症状		検体採取日（ 月 日） 結果（陽性・陰性）	
・発熱・発疹・肺炎・気管支炎・熱性痙攣 ・肝炎・膿瘍・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（ ）		・臨床決定（ ）	
6 初診年月日 平成 年 月 日		7 診断（検査）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	
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・帯状疱疹患者・状況： ）	
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（ ）		2 接触感染（感染源となった水痘患者・帯状疱疹患者・物の種類・状況： ）	
検体採取日（ 月 日） 結果（陽性・陰性）		3 院内感染（感染伝播の状況： ） (入院していた理由（疾患名） ）	
・蛍光抗体法による抗原の検出 検体：水疱内容液・水疱基底部拭い液（水疱内剥離感染細胞）・その他（ ）		4 その他（ ）	
検体採取日（ 月 日） 結果（陽性・陰性）		② 感染地域（確定・推定）	
・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・痴皮・その他（ ）		1 日本国内（ 都道府県 市区町村）	
検体採取日（ 月 日） 結果（陽性・陰性）		2 国外（ 国 詳細地域 渡航期間 ）	
・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：（ ）		③ 水痘ワクチン接種歴	
・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回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ）・不明 製造会社/Lotto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/Lotto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、死亡者を検査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日以内に行つてください

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（か月）

病型		11 感染原因・感染経路・感染地域	
1) CRS典型例、2) その他		①感染原因・感染経路 1 母親の妊娠中の風しん罹患歴 ・あり（発症した妊娠週数） ・なし ・不明	
4 症 状	・白内障	・先天性緑内障	②母親の感染地域（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出生時の母親の年齢（歳）
	・先天性心疾患（） ・難聴 ・色素性網膜症 ・脾腫 ・精神発達遅滞 ・X線透過性の骨病変 ・黄疸（生後24時間以内に出現） ・その他（）	・紫斑 ・小頭症 ・髄膜脳炎	
5 診 断 方 法	・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（）	④母親の風しん含有ワクチン接種歴 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）	
	・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（検査）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、死亡者を検査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日以内に行なってください

梅 毒 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（検査）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	

2 性 別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男・女	歳（ か月）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域		
1)早期顎症梅毒(7、I期 4、II期) 2)晚期顎症梅毒、 3)先天梅毒、4)無症候（無症状病原体保有者）		①感染原因・感染経路（確定・推定）		
4 症状		1 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 2 静注薬物常用 3 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ） 4 性的接觸（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 5 母子感染（ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳） 6 その他（ ）		
5 診断方法		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（検査）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日以内に行つてください

(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、死亡者を検査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。)

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（　か月）

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・発熱 ・意識障害 ・痙攣 ・麻痺 ・項部硬直 ・呼吸器症状 ・胸部異常陰影 ・眼内炎 ・皮疹 ・紅斑 ・骨病変 ・中枢神経系病変 ・真菌血症 ・その他（　　） 	11 感染原因・感染経路・感染地域		
		<p>①感染原因・感染経路（確定・推定）</p> <p>1 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類：　　）</p> <p>2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・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>		
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：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（検査）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 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、死亡者を検査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日以内に行なってください

破傷風発生届

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（検査）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（　か月）

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・筋肉のこわばり ・開口障害 ・嚥下障害 ・発語障害 ・痙攣 ・強直性痙攣 ・呼吸困難（痙攣性） ・易興奮性 ・反弓緊張 ・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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 2 静注薬物常用 3 創傷感染（創傷の部位・状況： ） 4 その他（ ）
5 診 断 方 法	・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破傷風含有ワクチン接種歴（有・無・不明）
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検査）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日以内に行なってください

（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、死亡者を検査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。）

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（ か月）

4 症 状	・発熱 ・皮膚感染症 ・骨髄炎 ・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 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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 5 創傷感染（創傷の部位・状況： ） 6 その他（ ）		
5 診 断 方 法	・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上 検体：血液・腹水・胸水・髄液・その他（ ） ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・尿・膿・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 ）		
6 初診年月日	平成 年 月 日			
7 診断（検査）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日以内に行つてください

（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、死亡者を検査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。）

パンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届

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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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（ か月）

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・心内膜炎 ・尿路感染症 ・菌血症 ・その他（ ） 	11 感染原因・感染経路・感染地域		
		<p>①感染原因・感染経路（確定・推定）</p> <p>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ）</p> <p>2 経口感染（飲食物の種類・状況： ）</p> <p>3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）</p> <p>4 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>5 その他（ ）</p>		
5 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のパンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ） 菌種名：（ ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（ ）・未実施 ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出、かつ分離菌のパンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であるとの判定 検体：喀痰・尿・膿 その他（ ） 菌種名：（ ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（ ）・未実施 	<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>		
6 初診年月日	平成 年 月 日			
7 診断（検査）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日以内に行なってください

（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、死亡者を検査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。）

- 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。
- 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） ・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			11 感染原因・感染経路・感染地域			
1) 検査診断例、2) 臨床診断例			① 感染原因・感染経路（確定・推定）			
4 症 状	・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 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	・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（ ）)		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 ）)			
	・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（ ）)		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）			
	・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ） ・臨床決定（ ）)					
	6 初診年月日 平成 年 月 日			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）		
	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日以内に行なってください

（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。）

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

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（検査）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）		
症状	11		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（ ）		
診断方法	12		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/Lotto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/Lotto番号（ / ・不明）		
			14 初診年月日 平成 年 月 日 15 診断（検査（※））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つてください

（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、死亡者を検査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。）

薬剤耐性アシネトバクター感染症発生届

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（検査）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（ か月）

4 症 状	・尿路感染症 　・肺炎 　・腸炎 　・腹膜炎 ・髄膜炎 　・菌血症 　・敗血症 　・胆囊炎 ・胆管炎 ・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 以前からの保菌（保菌部位： ） 2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ） 3 医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（ ）） 4 手術部位感染（手術手技： ） 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） ③90日以内の海外渡航歴（有・無） 有りの場合 1 渡航先（ 国） 2 海外での医療機関の受診歴（有・無） 有りの場合 受診した国名（ 国） 入院歴（有・無）
	・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出及び分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ） 菌種名（ ） 上記以外で確認に用いた薬剤名（ ） ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認、並びに分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（ ） 菌種名（ ） 上記以外で確認に用いた薬剤名（ ）	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検査）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日以内に行つてください

（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、死亡者を検査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。