別記様式５－２

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　令和　　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) 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　）
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（　　）	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（　　）
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（　　）	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　　） ③B型肝炎ワクチン接種歴（有　・　無　・　不明）
６　初診年月日　令和　年　月　日 ７　診断（検案(※)）年月日　令和　年　月　日 ８　感染したと推定される年月日　令和　年　月　日 ９　発病年月日（＊）　令和　年　月　日 10　死亡年月日（※）　令和　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〇で囲み、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。）