

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 1 2 条の規定により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名 報告年月日 (平成 年 月 日)
(自署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)

Table with 4 rows: 1. Sex (Male/Female), 2. Age at diagnosis, 3. Disease name (Asymptomatic carrier, AIDS, etc.), 4-1. Diagnostic methods (Antibody screening, Western Blot, PCR, etc.).

Table with 2 main rows: 5. Symptoms at diagnosis (Carrier status), 6-10. Dates of onset, first diagnosis, diagnosis (check), infection, and death.

Table for AIDS diagnosis criteria (4-2), listing 23 specific conditions such as Kaposi's sarcoma, PCP, toxoplasmosis, etc.

Table for infection details (11-12), including residence, infection area, nationality, and infection route (sexual contact, drug use, etc.).

(1、3 から 5、11・12 欄は該当する番号等を で囲み、2、6 から 10 欄は年齢・年月日を記入すること。 欄は、死亡者を検索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