

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 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 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		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) CRS 典型例、 2) その他		
4 症 状	・ 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（ ）	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 週） ・ なし ・ 不明 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） 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・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/L o t 番号（ / ・不明） 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・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/L o t 番号（ / ・不明）
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（ ） ・ 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	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	

（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