

健感発 0428 第 2 号
平成 26 年 4 月 28 日

各 { 都道府県 }
政令市 } 衛生主管部（局）長 殿
特別区 }

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

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
及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）

標記については、「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 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年 3 月 8 日健感発第 0308001 号当職通知）の別紙により定めているところである。

今般、別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」を、別添の新旧対照表のとおり改正し、平成 26 年 5 月 12 日から適用することとしたので御了知いただくとともに、関係機関に周知願いたい。

なお、今回の改正の概要は下記のとおりである。

記

1 改正の概要

- (1) 二類感染症の「3 ジフテリア」中の「(1) 定義」及び「(3) 届出基準」を変更し、これに合わせて別記様式 2-3 「ジフテリア発生届」の変更を行った。
- (2) 五類感染症の「9 侵襲性インフルエンザ菌感染症」中の「検査方法」等を変更し、これに合わせて別記様式 5-9 「侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届」の変更を行った。
- (3) 別記様式 5-10 「先天性風しん症候群発生届」に、「出生時の母親の年齢」及び「母子手帳等の記録による確認の有無」の記載を追加した。
- (4) 五類感染症の「11 梅毒」中の「(3) 届出基準」を変更し、これに合わせて別記様式 5-11 「梅毒発生届」の変更を行った。
- (5) 別記様式 5-14-2 「風しん発生届」に、可能な限り 24 時間以内に保健所への報告を求める旨の記載を追加した。
- (6) 五類感染症の「35 感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）」中の「検査方法」の変更を行った。
- (7) 五類感染症の「39 マイコプラズマ肺炎」中の「検査方法」を変更し、これに合わせて別記様式 7-5 「感染症発生動向調査（基幹定点）」の変更を行った。

(8) 別記様式 2-1 「急性灰白髄炎発生届」、別記様式 2-3 「ジフテリア発生届」、別記様式 4-3 「A型肝炎発生届」、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」及び別記様式 5-1 2 「破傷風発生届」に「ワクチン接種歴」の記載を追加した。

2 適用日

平成 26 年 5 月 12 日から適用する。

「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 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」 新旧対照表

| 新 | 旧 |
|---|--|
| <p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第 1～2 (略)</p> <p>第 3 二類感染症</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 ジフテリア (1) 定義 ジフテリア毒素を産生する<u>ジフテリア菌 (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>)</u>の感染による急性感染症である。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 届出基準 ア 患者(確定例) 医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジフテリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリア患者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。</p> <p>イ 無症状病原体保有者 医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリアの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。</p> | <p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第 1～2 (略)</p> <p>第 3 二類感染症</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 ジフテリア (1) 定義 ジフテリア毒素を産生する<u>コリネバクテリウム属の <i>Corynebacterium diphtheriae</i></u>の感染による急性感染症である。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 届出基準 ア 患者(確定例) 医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジフテリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリア患者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。 <u>この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。</u></p> <p>イ 無症状病原体保有者 医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリアの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。 <u>この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、そ</u></p> |

ウ～エ (略)

| 検査方法 | 検査材料 |
|--|-----------------|
| 分離・同定による病原体の検出、かつ、 <u>分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認</u> | 病変（感染）部位からの採取材料 |

(※) ジフテリア菌 (*Corynebacterium diphtheriae*) であっても、ジフテリア毒素非産生性の菌は届出の対象ではない。

Corynebacterium ulcerans 及び *Corynebacterium pseudotuberculosis* については、ジフテリア毒素を産生する株があるものの、それらは届出の対象ではない。

4～5 (略)

第4～5 (略)

第6 五類感染症

1～8 (略)

9 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

| 検査方法 | 検査材料 |
|--------------------------|-----------|
| 分離・同定による病原体の検出 | 髄液、血液 |
| PCR法による病原体の遺伝子の検出 | 髄液、血液 |
| <u>ラテックス法による病原体抗原の検出</u> | <u>髄液</u> |

れぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ～エ (略)

| 検査方法 | 検査材料 |
|---|-----------------|
| 分離・同定による病原体の検出、かつ、 <u>分離菌におけるジフテリア毒素の確認</u> | 病変（感染）部位からの採取材料 |
| <u>PCR法による病原体の遺伝子の検出</u> | |

(※) 本感染症は、*Corynebacterium diphtheriae* によるものであるが、*Corynebacterium ulcerans* 及び *Corynebacterium pseudotuberculosis* においてもジフテリア毒素を産生する株が確認されているので、分離・同定による病原体の検出、病原体の毒素遺伝子の検出の際に留意が必要である。

4～5 (略)

第4～5 (略)

第6 五類感染症

1～8 (略)

9 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

| 検査方法 | 検査材料 |
|-------------------|-------|
| 分離・同定による病原体の検出 | 髄液、血液 |
| PCR法による病原体の遺伝子の検出 | 髄液、血液 |

9-1~10 (略)

11 梅毒

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア (略)

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左下欄に掲げる検査方法により、抗体(カルジオリピンを抗原とするRPRカードテスト、凝集法若しくはガラス板法での検査で16倍以上又は自動化法での検査で概ね16.0R.U., 16.0U若しくは16.0SU/ml以上のものをいう。)を保有する者で無症状病原体保有者とみなされるもの(陳旧性梅毒とみなされる者を除く。)を診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ (略)

| 検査方法 | 検査材料 |
|--|----------------------------|
| 墨汁法、ギムザ染色などの染色法による病原体の検出 | 発疹(初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹) |
| <ul style="list-style-type: none"> 以下の①と②の両方に該当する場合 ①カルジオリピンを抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 <ul style="list-style-type: none"> RPRカードテスト、凝集法、ガラス板法、<u>自動化法</u> ②<i>T. pallidum</i>を抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 <ul style="list-style-type: none"> TPHA法、FTA-ABS法 | 血清 |

9-1~10 (略)

11 梅毒

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア (略)

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左下欄に掲げる検査方法により、抗体(①カルジオリピンを抗原とする検査では16倍以上又はそれに相当する抗体価)を保有する者で無症状病原体保有者と見なされる者(陳旧性梅毒と見なされる者を除く。)を診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ (略)

| 検査方法 | 検査材料 |
|--|----------------------------|
| パーカーインク法による病原体の検出 | 発疹(初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹) |
| <ul style="list-style-type: none"> 以下の①と②の両方に該当する場合 ①カルジオリピンを抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 <ul style="list-style-type: none"> RPRカードテスト、凝集法、ガラス板法 ②<i>T. pallidum</i>を抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 <ul style="list-style-type: none"> TPHA法、FTA-ABS法 | 血清 |

先天梅毒は、下記の5つのうち、いずれかの要件をみたすものである。

- ア 母体の血清抗体価に比して、児の血清抗体価が著しく高い場合
- イ 児の血清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する場合
- ウ 児の *T. pallidum* を抗原とする I g M抗体陽性
- エ 早期先天梅毒の症状を呈する場合
- オ 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

1 2 ~ 3 4 (略)

3 5 感染性胃腸炎 (病原体がロタウイルスであるものに限る。)

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出に必要な要件 (以下のアの (ア) 及び (イ) かつイを満たすもの)

ア (略)

イ 病原体診断の方法

| 検査方法 | 検査材料 |
|------------------------------------|------|
| 分離・同定による病原体の検出 | 便検体 |
| <u>抗原の検出 (イムノクロマト法による病原体抗原の検出)</u> | |
| PCR法による病原体の遺伝子の検出 | |

3 6 ~ 3 8 (略)

3 9 マイコプラズマ肺炎

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

| 検査方法 | 検査材料 |
|------|------|
| | |

先天梅毒は、下記の5つのうち、いずれかの要件をみたすものである。

- ア 母体の血清抗体価に比して、児の血清抗体価が著しく高い場合
- イ 血清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する場合
- ウ *T. pallidum* を抗原とする I g M抗体陽性
- エ 早期先天梅毒の症状を呈する場合
- オ 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

1 2 ~ 3 4 (略)

3 5 感染性胃腸炎 (病原体がロタウイルスであるものに限る。)

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出に必要な要件 (以下のアの (ア) 及び (イ) かつイを満たすもの)

ア (略)

イ 病原体診断の方法

| 検査方法 | 検査材料 |
|----------------------------|------|
| <u>迅速診断キットによる病原体の抗原の検出</u> | 便検体 |

3 6 ~ 3 8 (略)

3 9 マイコプラズマ肺炎

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

| 検査方法 | 検査材料 |
|------|------|
| | |

| | | | |
|---|-------------|---|-------------|
| 分離・同定による病原体の検出 | 気道から採取された検体 | 分離・同定による病原体の検出 | 気道から採取された検体 |
| <u>抗原の検出（イムノクロマト法による病原体の抗原の検出）</u> | | P C R法による病原体の遺伝子の検出 | |
| P C R法による病原体の遺伝子の検出 | | 抗体の検出 | |
| 抗体の検出 （ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはI g M抗体の検出（迅速診断キット）） | 血清 | 抗体の検出 （ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはI g M抗体の検出（迅速診断キット）） | 血清 |
| 40～43 （略） | | 40～43 （略） | |
| 第7～8 （略） | | 第7～8 （略） | |

新

別記様式1 (略)

別記様式2-1

別記様式2-1

急性灰白髄炎発生届

都道府県知事(保健所設置市・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
(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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(歳は月齢), 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 病 型, 18 感染原因・感染経路・感染地域. Includes sections for 11 症状, 12 診断方法, and 13-17 診断年月日.

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、年月日を入力すること。
(※)欄は、死亡者を検索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。)

旧

別記様式1 (略)

別記様式2-1

別記様式2-1

急性灰白髄炎発生届

都道府県知事(保健所設置市・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
(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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(歳は月齢), 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 病 型, 18 感染原因・感染経路・感染地域. Includes sections for 11 症状, 12 診断方法, and 13-17 診断年月日.

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、年月日を入力すること。
(※)欄は、死亡者を検索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。)

別記様式 2-2 (略)

別記様式 2-3

別記様式 2-3

ジフテリア発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 年 月 日
（署名又は記名押印のこと）
 提呈する病院・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 ・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（歳） 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 | ・発熱 ・リンゴ状腫脹 ・心筋炎 ・呼吸障害 ・その他（ ） ・なし（ ） | ・扁桃・咽頭の偽膜形成 ・プルネック ・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（ ） 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） | | |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌種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（ ） | 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 | | | | |

(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

別記様式 2-4~2-5 (略)

別記様式 2-2 (略)

別記様式 2-3

別記様式 2-3

ジフテリア発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 年 月 日
（署名又は記名押印のこと）
 提呈する病院・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 ・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（歳） 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 | ・発熱 ・リンゴ状腫脹 ・心筋炎 ・呼吸障害 ・その他（ ） ・なし（ ） | ・扁桃・咽頭の偽膜形成 ・プルネック ・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（ ） 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） | | |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌種における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（ ） | 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 | | | | |

(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

別記様式 2-4~2-5 (略)

別記様式3 (略)

別記様式4-1~4-2 (略)

別記様式4-3

別記様式4-3

A型肝炎発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 _____ (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(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 | ・全身倦怠感 ・食欲不振 ・肝腫大 ・その他() | ・発熱 ・黄疸 ・肝機能異常 | 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(A同性交 イ異性交)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 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() ・血清IgM抗体の検出 ・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 | | |

(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

別記様式3 (略)

別記様式4-1~4-2 (略)

別記様式4-3

別記様式4-3

A型肝炎発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 _____ (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(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 | ・全身倦怠感 ・食欲不振 ・肝腫大 ・その他() | ・発熱 ・黄疸 ・肝機能異常 | 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(A同性交 イ異性交)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 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() ・血清IgM抗体の検出 ・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 | | |

(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

別記様式4-4～4-43 (略)

別記様式5-1 (略)

別記様式5-2

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・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 _____ (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（検査）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（①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) 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）（A、同性間 イ異性間 ウ、 不明） 5 母子感染（A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IgMHBc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 ・血清での抗体陽性、かつHCV RNA又はHCVコア抗原の検出 ・ペーパー血清での抗体の検出 結果：抗体陽性・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 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。)

別記様式4-4～4-43 (略)

別記様式5-1 (略)

別記様式5-2

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・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 _____ (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（検査）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（①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) 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）（A、同性間 イ異性間 ウ、 不明） 5 母子感染（A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IgMHBc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 ・血清での抗体陽性、かつHCV RNA又はHCVコア抗原の検出 ・ペーパー血清での抗体の検出 結果：抗体陽性・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 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。)

別記様式5-9

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・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(※)

1 診断(検査)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(月)

4 症状
・頭痛 ・発熱 ・嘔吐
・痙攣 ・意識障害 ・項部硬直
・大泉門隆起 ・ショック ・髄膜炎
・肺炎 ・菌血症 ・関節炎
・脳膿瘍 ・喉頭蓋炎
・多臓器不全 ・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
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
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()
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 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

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。)

別記様式5-9

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・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(※)

1 診断(検査)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(月)

4 症状
・頭痛 ・発熱 ・嘔吐
・痙攣 ・意識障害 ・項部硬直
・大泉門隆起 ・ショック ・髄膜炎
・肺炎 ・菌血症 ・関節炎
・脳膿瘍 ・喉頭蓋炎
・多臓器不全 ・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
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
血清型: 未実施・b群・その他()型
・その他の検査方法()
検体()
結果()
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 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
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。)

別記様式5-10

別記様式5-10

先天性風しん症候群発生届

都道府県知事（保健所設置市・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)
 発する病院・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） ・感染症患者の死体

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 ・色素性網膜炎 ・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 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot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 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot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日以内に行ってください

別記様式5-10

別記様式5-10

先天性風しん症候群発生届

都道府県知事（保健所設置市・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)
 発する病院・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） ・感染症患者の死体

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 ・色素性網膜炎 ・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母親の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） |
| 5 診断方法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体：咽拭い液・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日以内に行ってください

別記様式5-11

梅毒発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 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(※)

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 ・感染症死者の死体

Table with 2 columns: 2 性別 (男・女), 3 診断時の年齢(①歳は月齢) (歳(か月))

Main form for syphilis reporting, including sections for clinical signs (4), diagnosis methods (5), and dates (6-10).

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、年月日を入力すること。)

別記様式5-11

梅毒発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 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(※)

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 ・感染症死者の死体

Table with 2 columns: 2 性別 (男・女), 3 診断時の年齢(①歳は月齢) (歳(か月))

Main form for syphilis reporting, including sections for clinical signs (4), diagnosis methods (5), and dates (6-10).

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、年月日を入力すること。)

別記様式5-12

破傷風発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 男 ・ 女 | 3 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ 月） |
|---------------|--------------------------|

| | |
|--|---|
| 4 症状 ・筋肉のこわばり ・開口障害 ・嚥下障害 ・発話障害 ・痙攣 ・呼吸困難（虚脱性） ・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（ ） |
| | |
| 6 初診年月日 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） ③破傷風含有ワクチン接種歴（有・無・不明） |
| 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。)

別記様式5-12

破傷風発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 男 ・ 女 | 3 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ 月） |
|---------------|--------------------------|

| | |
|--|---|
| 4 症状 ・筋肉のこわばり ・開口障害 ・嚥下障害 ・発話障害 ・痙攣 ・呼吸困難（虚脱性） ・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（ ） |
| | |
| 6 初診年月日 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） ③破傷風含有ワクチン接種歴（有・無・不明） |
| 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。)

別記様式5-14-2

1 風しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をさせ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、風しんを臨床診断（臨床診断を意味）した医師は24時間以内を目途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いたします。
 2 臨床診断については、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査し、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けますようお願いいたします。

別記様式5-14-2

風しん発生届

都道府県知事（保健所設置市・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（ 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 発疹・発熱 ・リンパ腫腫脹 ・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 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日以内に行ってください

別記様式5-14-3 (略)

別記様式6 (略)

別記様式5-14-2

別記様式5-14-2

風しん発生届

都道府県知事（保健所設置市・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（ 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 発疹・発熱 ・リンパ腫腫脹 ・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 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日以内に行ってください

別記様式5-14-3 (略)

別記様式6 (略)

別記様式 7-1 ~ 7-4 (略)

別記様式 7-5

別記様式 7-5

感染症発生動向調査 (基幹定点)

週報

調査期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名:

Table with columns: ID番号, 性, 年齢, 疾病名, 病原体名称, 病原体検査方法, 検体名. Rows 1-10.

- * 疾病名
1: 細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として測定された場合を除く。)
2: 無菌性髄膜炎 (真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む)
3: マイコプラズマ肺炎
4: クラミジア肺炎 (全数届出疾患のオウム菌を除く)
5: 感染性腎臓炎 (病原体がロタウイルスであるものに限る。)
** 病原体検査方法
1: 分離・測定 2: 抗原検出 3: 核酸検出 (PCR-LAMP等)
4: 塗抹検鏡 5: 電顕 6: 抗体検出
7: その他

<記載上の注意>
・細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎: 病原体が判明している場合は、その病原体名(複数検出された場合は、主要なもの二種のみに記載)、その結果を得た病原体検査方法(複数の場合は、最も優先となった方法一つを選択)及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名枠欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査法の記載は不要)。

別記様式 7-1 ~ 7-4 (略)

別記様式 7-5

別記様式 7-5

感染症発生動向調査 (基幹定点)

週報

調査期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名:

Table with columns: ID番号, 性, 年齢, 疾病名, 病原体名称, 病原体検査方法, 検体名. Rows 1-10.

- * 疾病名
1: 細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として測定された場合を除く。)
2: 無菌性髄膜炎 (真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む)
3: マイコプラズマ肺炎
4: クラミジア肺炎 (全数届出疾患のオウム菌を除く)
5: 感染性腎臓炎 (病原体がロタウイルスであるものに限る。)
** 病原体検査方法
1: 分離・測定 2: 抗原検出 3: 核酸検出 (PCR-LAMP等)
4: 塗抹検鏡 5: 電顕 6: 抗体検出
7: その他

<記載上の注意>
・細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎: 病原体が判明している場合は、その病原体名(複数検出された場合は、主要なもの二種のみに記載)、その結果を得た病原体検査方法(複数の場合は、最も優先となった方法一つを選択)及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名枠欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査法の記載は不要)。

別記様式 7-6 ~ 7-7 (略)

別記様式 7-6 ~ 7-7 (略)