

新

別記様式1 (略)

別記様式2-1~2-3 (略)

別記様式2-4

別記様式2-4

重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属  
SARSコロナウイルスであるものに限る）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）

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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: 11 発熱・筋内痛・呼吸困難・乾性咳嗽・低酸素血症・下痢・肺炎像, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日, 17 死亡年月日

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。(※)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2-5 (略)

旧

別記様式1 (略)

別記様式2-1~2-3 (略)

別記様式2-4

別記様式2-4

重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属  
SARSコロナウイルスであるものに限る）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）

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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: 11 発熱・筋内痛・呼吸困難・乾性咳嗽・低酸素血症・下痢・肺炎像, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日, 17 死亡年月日

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。(※)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2-5 (略)

別記様式 3-1 (略)

別記様式 3-2

別記様式 3-2

細菌性赤痢発生届

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(※)

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

11 発熱・下痢・腹痛・チネスマス(しぶり腹)・膿粘血便・その他
12 診断方法
18 感染原因・感染経路・感染地域
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 3-3~3-5 (略)

別記様式 3-1 (略)

別記様式 3-2

別記様式 3-2

細菌性赤痢発生届

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(※)

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

11 発熱・下痢・腹痛・チネスマス(しぶり腹)・膿粘血便・その他
12 診断方法
18 感染原因・感染経路・感染地域
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 3-3~3-5 (略)

別記様式 4 - 1

**E 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 \_\_\_\_\_ 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) ・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・食欲不振</li> <li>・肝機能異常</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全身倦怠感</li> <li>・黄疸</li> <li>・肝腫大</li> </ul>	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ( ) ) 3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: ( ) ) 4 その他 ( )
	12 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・尿・その他( ) ) 遺伝子型: G1・G2・G3・G4 ・血清 IgM 抗体の検出 ・血清 IgA 抗体の検出 ・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 )	
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(検案(※))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。)

別記様式 4 - 1

**E 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 \_\_\_\_\_ 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) ・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・食欲不振</li> <li>・肝機能異常</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全身倦怠感</li> <li>・黄疸</li> <li>・肝腫大</li> </ul>	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ( ) ) 3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: ( ) ) 4 その他 ( )
	12 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・尿・その他( ) ) 遺伝子型: G1・G2・G3・G4 ・血清 IgM 抗体の検出 ・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 )	
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(検案(※))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。)

別記様式 4 - 1 9

チクングニア熱発生届

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 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 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) ・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 ( 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	・発熱 ・関節の炎症、腫脹 ・筋肉痛 ・血小板減少 ・劇症肝炎 ・その他 ( ) ・なし ( )	・関節痛 ・発疹 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・リンパ節腫脹 ・白血球減少 ・神経症状	1B 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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ) 2 その他 ( )
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・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: 血液・その他 ( ) ・血清 IgM 抗体の検出 ・ペア血清での ELISA 法による IgG 抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・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 ) 渡航時期 ( )	
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(検案(※))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。)

別記様式 4 - 1 9

チクングニア熱発生届

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 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 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) ・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 ( 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	・発熱 ・関節の炎症、腫脹 ・筋肉痛 ・血小板減少 ・劇症肝炎 ・その他 ( ) ・なし ( )	・関節痛 ・発疹 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・リンパ節腫脹 ・白血球減少 ・神経症状	1B 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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ) 2 その他 ( )
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・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: 血液・その他 ( ) ・血清 IgM 抗体の検出 ・ペア血清での ELISA 法による IgG 抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・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 ) 渡航時期 ( )	
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(検案(※))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。)

別記様式4-21

デング熱発生届

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 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 symptoms like fever, muscle pain, and diagnostic methods like PCR and antibody tests.

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。)

この欄は診断後直ちに行ってください

別記様式4-21

デング熱発生届

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 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 symptoms like fever, muscle pain, and diagnostic methods like PCR and antibody tests.

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。)

この欄は診断後直ちに行ってください

別記様式 4 - 2 6

日本脳炎発生届

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 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)

Table with 6 columns: 1 診断(検索)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: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検索(※))年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(\*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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。 (\*) 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 4 - 2 6

日本脳炎発生届

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 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)

Table with 6 columns: 1 診断(検索)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: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検索(※))年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(\*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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。 (\*) 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4-30

ブルセラ症発生届

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(※)
(※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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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, 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 (9, 10は患者が未成年の場合のみ記入)

11 症状 (発熱, リンパ節腫脹, 精巣炎, 心内膜炎, 中枢神経症状, 肺炎, その他)
12 診断方法 (分離・同定による病原体の検出, 血清抗体による血清抗体の検出, その他)
18 感染原因・感染経路・感染地域 (経口感染, 動物・蚊・昆虫等からの感染, その他)
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。)

別記様式4-30

ブルセラ症発生届

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(※)
(※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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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, 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 (9, 10は患者が未成年の場合のみ記入)

11 症状 (発熱, リンパ節腫脹, 精巣炎, 心内膜炎, 中枢神経症状, 肺炎, その他)
12 診断方法 (分離・同定による病原体の検出, 血清抗体による血清抗体の検出, その他)
18 感染原因・感染経路・感染地域 (経口感染, 動物・蚊・昆虫等からの感染, その他)
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。)

別記様式4-35

マラリア発生届

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  
 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 ・感染症死亡疑いの死体					
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	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱、2) 四日熱、3) 顕形、4) 熱帯熱、5) その他、6) 不明	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・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 母子感染(ア、胎内 イ、出産時 ウ、母乳) 4 その他( ) )
11 発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛 脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖 意識障害 ・急性腎不全 ・DIC 肺水腫 / ARDS その他( ) ) ・なし	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 )
12 血液検体の顕検による病原体の検出 血液検体のPCR法による病原体遺伝子の検出 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	

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。)

別記様式4-35

マラリア発生届

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  
 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 ・感染症死亡疑いの死体					
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	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱、2) 四日熱、3) 顕形、4) 熱帯熱、5) 不明	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・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 母子感染(ア、胎内 イ、出産時 ウ、母乳) 4 その他( ) )
11 発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛 脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖 意識障害 ・急性腎不全 ・DIC 肺水腫 / ARDS その他( ) ) ・なし	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 )
12 血液検体の顕検による病原体の検出 血液検体のPCR法による病原体遺伝子の検出 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	

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。)

別記様式4-40

類鼻疽発生届

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(\*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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

(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4-40

類鼻疽発生届

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(\*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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

(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 1

レジオネラ症発生届

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。

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(※) (※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)

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: 1) 肺炎型 2) ポンティアック熱型, 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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。)

別記様式 4 - 4 1

レジオネラ症発生届

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。

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(※) (※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)

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: 1) 肺炎型 2) ポンティアック熱型, 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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。)

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。）発生病

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(①歳は月齢)
男・女
歳( か月)

Table with columns for Disease Type (病型) and Infection Cause/Route/Location (1.1 感染原因・感染経路・感染地域). Includes sub-sections for symptoms (4 症状) and diagnostic methods (5 診断方法).

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5-1 (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。）発生病

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(①歳は月齢)
男・女
歳( か月)

Table with columns for Disease Type (病型) and Infection Cause/Route/Location (1.1 感染原因・感染経路・感染地域). Includes sub-sections for symptoms (4 症状) and diagnostic methods (5 診断方法).

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5-3~5-5

別記様式5-6

別記様式5-6

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・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)

4 症状
・ショック
・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸器症候群
・DIC ・軟部組織炎
・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状
・その他( )
5 診断方法
・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・
壊死軟部組織・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( )
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、年月日を入力すること。
(※)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5-3~5-5

別記様式5-6

別記様式5-6

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・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)

4 症状
・ショック
・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸器症候群
・DIC ・軟部組織炎
・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状
・その他( )
5 診断方法
・通常無菌的な部位からの分離・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・
壊死軟部組織・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( )
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、年月日を入力すること。
(※)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。

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（※） \_\_\_\_\_  
（※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（検索）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 ・眩暈 ・大泉門隆腫 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全	・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・脳膜萎炎 ・その他（    ）	・嘔吐 ・項部硬直 ・髄膜炎 ・関節炎
	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
6 初診年月日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	7 診断（検索※）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	

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（ \_\_\_\_\_）

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。  
 4, 5欄は、該当するものすべてを記載すること。)

(新規)

侵襲性髄膜炎菌感染症については、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、患者が共同生活を行っている場合などの侵襲性髄膜炎菌感染症に対するより迅速な対応を図るため、侵襲性髄膜炎菌感染症を診断した医師は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いたします。

別記様式 5-9-1

**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・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 ・発熱 ・全身倦怠 ・嘔吐 ・発疹 ・痲疹 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門隆起 ・点状出血 ・ショック ・DIC ・髄膜炎 ・菌血症 ・関節炎 ・多臓器不全 ・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 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 血清群：未定型・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他（ ） ・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 血清群：未定型・A群・B群・C群・Y群・W-135群・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 渡航期間（ ）） ③共同生活の有無（有・無） 1 学生寮 2 社員寮 3 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	

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

**髄膜炎菌性髄膜炎発生届**

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 \_\_\_\_\_ 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 ・発熱 ・痲疹 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門隆起 ・点状出血 ・ショック ・DIC ・関節炎 ・多臓器不全 ・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 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 血清群：A群・B群・C群・Y群・W-135群・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。)

別記様式5-9-2

**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・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(※) ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
(※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） ・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 ( ____ か月)

4 症状	・頭痛 ・全身倦怠感 ・意識障害 ・髄膜炎 ・菌血症 ・その他 ( ____ )	・発熱 ・嘔吐 ・項部硬直 ・肺炎 ・その他 ( ____ )	・咳 ・聴嚙 ・大泉門隆起 ・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 ( _____ ) 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 4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		
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・( ____ ) 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・( ____ ) 型 ・病原体抗原の検出 検査法 (ラテックス法・イムノクロマト法) ・その他の検査方法 ( ____ ) 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		

この届出は診断から7日以内に行うこと

(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5-10～5-12 (略)

別記様式5-13

別記様式5-13

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・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(検索)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( か月)

4 症状
・発熱
・皮膚感染症
・肺炎
・腸炎
・髄膜炎
・骨髄炎
・敗血症
・免疫不全
・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・尿水・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細菌であることの判定
検体:喀痰・痰・膿・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( )
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(検索(※))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。
4, 5欄は、該当するものすべてを記載すること。

別記様式5-10～5-12 (略)

別記様式5-13

別記様式5-13

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・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(検索)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( か月)

4 症状
・発熱
・皮膚感染症
・肺炎
・腸炎
・髄膜炎
・骨髄炎
・敗血症
・免疫不全
・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22μg/ml以上
検体:( )
・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32μg/ml以上、かつ分離菌が潜在的・遷延性若しくは全身感染症の細菌であることの判定
検体:( )
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( )
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(検索(※))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。
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

**バ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・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(①歳は月齢)
男 ・ 女	歳 ( か月)

4 症状	・発熱 ・心内膜炎 ・尿路感染症 ・菌血症 ・その他( )	・肺炎 ・骨盤内感染症 ・免疫不全	・腹膜炎 ・髄膜炎	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 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 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・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上 検体: 血液・膿水・胸水・髄液 その他( ) 菌種名: ( ) 耐性遺伝子: VanA・VanB・VanC・その他( )・未定菌	・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。かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上。かつ分離菌が感染症の原因菌であることの判定 検体: 唾液・尿・膿 その他( ) 菌種名: ( ) 耐性遺伝子: VanA・VanB・VanC・その他( )・未定菌	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			

(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

**バ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・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(①歳は月齢)
男 ・ 女	歳 ( か月)

4 症状	・発熱 ・心内膜炎 ・尿路感染症 ・菌血症 ・その他( )	・肺炎 ・骨盤内感染症 ・免疫不全	・腹膜炎 ・髄膜炎	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 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 その他( )
	5 診断方法 ・分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上 検体: 血液・膿水・胸水・髄液・便 その他( ) 菌種名: ( ) 耐性遺伝子: VanA・VanB・VanC	・分離・同定による分離菌からのバンコマイシン耐性遺伝子の検出 検体: 血液・膿水・胸水・髄液・便 その他( ) 耐性遺伝子: VanA・VanB・VanC	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			

(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5-14-2 (略)

別記様式5-14-3

1. 麻しんについては、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、麻しんに対するより迅速な行政対応に資するため、麻しんを診断(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いたします。  
 2. 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査し、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けますようお願いいたします。

別記様式5-14-3

麻しん発生届

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 \_\_\_\_\_ (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 男 ・ 女	3 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 ( 月 )
---	---------------	----------------------------

病 型	1 1 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) 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( )
4 発熱(月 日出現) ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ 結膜充血 ・ 眼脂 ・ コプリック斑 ・ 発疹(月 日出現) ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ 膵炎 ・ クループ ・ 脳炎(急性脳炎の届出もお願ひします) ・ 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 )
5 陽性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。	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/Lot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/Lot番号( / ・ 不明 )
(ア) 分離・同定による病原体の検出 検体: 咽拭拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	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
(イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 咽拭拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	(オ) その他の検査方法( ) 検体( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( )
(ウ) 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: ( )	(カ) 臨床決定( )
(エ) ベ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 ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他( )	

(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、死亡者を検出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 (略)

別記様式5-14-3

1. 麻しんについては、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、麻しんに対するより迅速な行政対応に資するため、麻しんを診断した医師は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いたします。  
 2. 臨床診断例については、届出後であっても可能な限り検査診断を実施し、その結果について最寄りの保健所に報告していただくようお願いいたします。

別記様式5-14-3

麻しん発生届

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 \_\_\_\_\_ (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 男 - 女	3 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 ( 月 )
---	---------------	----------------------------

病 型	1 1 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) 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( )
4 発熱(月 日出現) ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ 結膜充血 ・ 眼脂 ・ コプリック斑 ・ 発疹(月 日出現) ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ 膵炎 ・ クループ ・ 脳炎(急性脳炎の届出もお願ひします) ・ 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 )
5 陽性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。	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/Lot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/Lot番号( / ・ 不明 )
(ア) 分離・同定による病原体の検出 検体: 咽拭拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	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
(イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 咽拭拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	(オ) その他の検査方法( ) 検体( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( )
(ウ) 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: ( )	(カ) 臨床決定( )
(エ) ベ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 ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他( )	

(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、死亡者を検出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 6 ~ 7 (略)

別記様式 6 ~ 7 (略)