

健 第 233 号
令和元年5月9日

富山県医師会長
各郡市医師会長
富山県獣医師会長 } 殿

富山県厚生部長
(公印省略)

元号を改める政令の施行に伴う通知様式の改正について

平素より、本県の感染症対策の推進に格別のご協力を賜わり、厚く御礼申し上げます。

このことについて、厚生労働省より別添写しのとおり通知がありましたので、その内容について御了知いただき、貴会員に対し周知をお願い致します。

| | |
|--------------|--------------|
| 健康課感染症・疾病対策班 | |
| 電話 | 076-444-4513 |
| FAX | 076-444-3496 |





健感発 0507 第 1 号
令和元年 5 月 7 日

各 { 都道府県知事
保健所設置市長
特別区長 } 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

元号を改める政令の施行に伴う通知様式の改正について

元号を改める政令（平成 31 年政令第 143 号）が平成 31 年 4 月 1 日に公布され、同年 5 月 1 日から施行されたことに伴い、健康局結核感染症課関係の通知等において示している様式については、「平成」を「令和」に変更する等、改元に関して所要の様式変更が必要なところです。

つきましては、別紙の通り改元に対応した様式を作成いたしましたので、当該様式に関し御了知の上、貴管内市町村（保健所を設置する市及び特別区を除く。）に周知していただくようお願いいたします。

また、様式において「平成」を記載する必要がある場合は、適宜二重線等により適切に対応していただきますようお願いいたします。

なお、別紙において示していない様式に関しても、別紙の改正様式に準じて様式の変更等が行われたものとみなして取り扱って頂きたいことを申し添えます。



エボラ出血熱発生届

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つては、その住所・電話番号を記載）

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------|----------------------------|---------|----------|
| 1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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(0歳は月齢) 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 | ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・腹痛 ・胸痛 ・無力症 ・出血 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況:) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・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) |
| 12 | ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原の検出 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 () ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 () | |
| 13 | 初診年月日 令和 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 令和 年 月 日 | |
| 15 | 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日 | |
| 16 | 発病年月日 (*) 令和 年 月 日 | |
| 17 | 死亡年月日 (※) 令和 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。)

クリミア・コンゴ出血熱発生届

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（検索）した者（死体）の種類 | | | | |
| ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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(0歳は月齢) 歳 (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 | <ul style="list-style-type: none"> 発熱 頭痛 悪寒 筋肉痛 関節痛 腹痛 嘔吐 咽頭痛 結膜炎 黄疸 羞明 知覚異常 点状出血 紫斑 全身出血 肝不全 消化管出血 腎不全 その他 () なし | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ELISA 法による病原体抗原の検出 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 () 蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) 補体結合反応による血清抗体の検出 その他の方法 () 検体 () 結果 () 臨床決定 () | |
| 12 診断方法 | | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) <ul style="list-style-type: none"> 1 接触感染 (接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況：) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：) 5 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) <ul style="list-style-type: none"> 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 | 令和 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（検索(※)）年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日 (※) | 令和 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。)

痘 そ う 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つては、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 ・疑似症患者 ・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(0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 | ・発熱 ・頭痛 ・四肢痛 ・腰痛 ・紅斑 ・丘疹 ・水疱 ・結痂 ・落屑 ・膿疱 ・疼痛 ・灼熱感 ・癬痕 ・その他 () | 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 接触感染（接触した人・物の種類・状況：) 3 その他 () |
| | 12 | | ・電子顕微鏡での観察による病原体の検出 検体：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他 () ・分離・同定による病原体の検出 検体：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・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：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 () |
| 13 | 初診年月日 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 | 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 | 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 | 死亡年月日 (※) | 令和 年 月 日 | |

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 10, 11, 17 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 12 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。)

ペ ス ト 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つては、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 ・疑似症患者 ・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(0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 | <ul style="list-style-type: none"> ・リンパ節炎 ・敗血症 ・高熱 ・頭痛 ・意識障害 ・出血斑 ・気管支炎 ・肺炎 ・呼吸困難 ・血痰 ・その他 () | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | 12 診 断 方 法 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・蛍光抗体法によるエンベロープ抗原 (Fraction 1 抗原) の検出 検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・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・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1 抗原)に対する血清抗体の検出 (16 倍以上) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 () |
| 13 初診年月日 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日 (※) | 令和 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

マールブルグ病発生届

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
印

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（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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(0歳は月齢) 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・皮疹 ・粘膜疹 ・咽頭炎 ・結膜炎 ・下痢 ・鼻口腔出血 ・消化管出血 ・その他 () ・なし () | 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 接触感染（接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： () 4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： () 5 その他 () |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原検出 検体：血液・尿・咽頭拭い液・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・尿・咽頭拭い液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・蛍光抗体法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・その他の方法 () 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) |
| 13 | 初診年月日 令和 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 令和 年 月 日 | |
| 15 | 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日 | |
| 16 | 発病年月日（*） 令和 年 月 日 | |
| 17 | 死亡年月日（※） 令和 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。)

ラ ッ サ 熱 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)の種類 | | | | |
| ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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(0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 | <ul style="list-style-type: none"> 発熱 全身倦怠感 関節痛 咳 咽頭痛 筋肉痛 心窩部痛 後胸部痛 嘔吐 下痢 腹痛 顔面浮腫 頸部浮腫 眼球出血 結膜出血 消化管出血 心嚢炎 胸膜炎 ショック 聴力障害 その他 () なし | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 分離・同定による病原体の検出 検体:血液・その他 () ELISA法による病原体抗原の検出 検体:血液・尿・咽頭拭い液・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・尿・咽頭拭い液・その他 () 蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) その他の方法 () 検体 () 結果 () 臨床決定 () | |

| | |
|---|--|
| ①感染原因・感染経路 (確定・推定) | |
| 1 接触感染 (接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況: _____) | |
| 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・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) | |

| | | |
|------------------|----------|---|
| 13 初診年月日 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日(*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日(※) | 令和 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。)

急性灰白髄炎発生届

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（検索）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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) 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 () - | | | |

| 病 型 | | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
|------------------|--|---|
| | 1)野生株由来、 2)ワクチン株由来、 3)VDPV (vaccine-derived poliovirus) 由来、 4)その他 ()、5)不明 | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 () |
| 11 症 状 | ・発熱 ・頭痛 ・胃腸症状 ・弛緩性麻痺 ・その他 () ・なし | |
| 12 診断方法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体: 便・その他 () ・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) ③ポリオ含有ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明) |
| 13 初診年月日 | 令和 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（検索※）年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日 (※) | 令和 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。)

結 核 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つては、その住所・電話番号を記載)

| | | | | | |
|--|-------------------------------|--------|-----------------|---------|--|
| 1 診断（検案）した者（死体）の種類 | | | | | |
| ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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(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) 肺結核 2) その他の結核 () | |
| 11 症 状 | ・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況:) |
| 12 診断方法 | ・塗抹検査による病原体の検出 検体: 喀痰・その他 () ・分離・同定による病原体の検出 検体: 喀痰・その他 () ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体: 喀痰・その他 () ・病理検査における特異的所見の確認 検体: () 所見: () ・ツベルクリン反応検査 (発赤・硬結・水疱・壊死) ・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロγ試験 ・画像検査における所見の確認 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 () | 2 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 () |
| | | 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 | 令和 年 月 日 | |
| 14 診断(検案(※))年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日(*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日(※) | 令和 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。)

ジフテリア発生届

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（検索）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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・リンパ節腫脹 ・心筋炎 ・呼吸障害 ・その他 () ・なし | <ul style="list-style-type: none"> ・扁桃・咽頭の偽膜形成 ・ブルネック ・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、分離菌株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 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 14 診断（検索※）年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 16 発病年月日（*） | 令和 年 月 日 | | | | |
| 17 死亡年月日（※） | 令和 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。)

重症急性呼吸器症候群 (SARS) 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つては、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 ・疑似症患者 ・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(0歳以上) | 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 | <ul style="list-style-type: none"> 発熱 咳 全身倦怠感 筋肉痛 呼吸困難 乾性咳嗽 低酸素血症 下痢 肺炎像 その他 () なし | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 分離・同定による病原体の検出 検体：鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・便・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：鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・便・その他 () ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) 蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) 中和試験による血清抗体の検出 その他の方法 () 検体 () 結果 () 臨床決定 () | 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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況：) 6 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：) 7 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) |
| 13 初診年月日 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日 (※) | 令和 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。)

中東呼吸器症候群 (MERS) 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つては、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 ・疑似症患者 ・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(0歳は月齢) 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 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・その他 () ・なし | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | 12 診断方法 | 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:) |
| ・分離・同定による病原体の検出 検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他:) ・検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他:) | | 3 ヒトコブラクダその他の動物からの感染 (動物の種類・状況:) 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) |
| 13 初診年月日 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日 (※) | 令和 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 及び 18 欄においては該当する番号等を○で囲み、4, 5 及び 13 から 17 までの欄においては年齢又は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 及び 12 欄においては、該当するもの全てを記載すること。

鳥インフルエンザ（H5N1）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つては、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 ・疑似症患者 ・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 (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 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 鳥(鶏、あひる、七面鳥、うずら等)からの感染(鳥の種類・状況:) 4 その他 () |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体 () HN亜型: H5N1 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H5 N亜型: () | 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 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日(*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日(※) | 令和 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。)

鳥インフルエンザ（H7N9）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）の種類 | | | | |
| ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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(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 () - | | | |

| | | | |
|--------------|---|---|---|
| 11 症 状 | ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・脳症 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) | |
| | 12 診 断 方 法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体 () H N亜型: H7 N9 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H 亜型: H7 N 亜型: () | 3 鳥(鶏、あひる、鳩等)又はその他の動物からの感染 (鳥や動物の種類・状況:) 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) |
| 13 | 初診年月日 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 | 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 | 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 | 死亡年月日 (※) | 令和 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。)

コ レ ラ 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つては、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(0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 | ・下痢・軟便 ・米とぎ汁様下痢 ・嘔吐 ・脱水 ・チアノーゼ ・体重減少 ・頻脈 ・血圧低下 ・無尿 ・虚脱 ・筋痙攣 ・胃切除歴 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 () |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるコレラ毒素の確認 (①毒素産生 ②PCR法による毒素遺伝子) 検体: 便・その他 () 血清型: O1 ・ O139 O1の抗原型: 小川型 ・ 稲葉型 O1の生物型: アジア型(古典型)・エルトル型 ・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 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日(*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日(※) | 令和 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。)

細菌性赤痢発生届

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(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 () - | | | |

| | | |
|------------------|--|---|
| 11 症状 | ・発熱 ・腹痛 ・膿粘血便 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 性的接触 (A.性交 B.経口) (ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明) 4 その他 () |
| | ・分離・同定による病原体の検出 検体: 便・その他 () 菌種: dysenteriae (A群) ・ flexneri (B群) ・ boydii (C群) ・ sonnei (D群) 血清型: () ・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 () |
| 12 診断方法 | | |
| 13 初診年月日 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日 (※) | 令和 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。)

腸管出血性大腸菌感染症発生届

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つては、その住所・電話番号を記載)

| | | | | |
|---|---|-----------------|----------------------------|---------|
| 1 診断（検案）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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (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 | <ul style="list-style-type: none"> ・腹痛 ・嘔吐 ・急性腎不全 ・痙攣 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 4 その他 () |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるペロ毒素の確認 (①毒素産生 ②PCR法等による毒素遺伝子) 検体: 便・その他 () ○血清群: O()・不明 H血清群: H()・不明 ペロ毒素: VT1VT2・VT1・VT2・VT(型不明) ・便でのペロ毒素の検出 (HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ペロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る) ・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 令和 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 令和 年 月 日 | | |
| 15 | 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日 | | |
| 16 | 発病年月日 (*) 令和 年 月 日 | | |
| 17 | 死亡年月日 (※) 令和 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。)

腸チフス発生届

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(0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 | ・高熱 ・比較的徐脈 ・バラ疹 ・脾腫 ・下痢 ・便秘 ・腸出血 ・腸穿孔 ・意識障害 ・難聴 ・胆石 ・慢性胆嚢炎 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況 :) 3 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・骨髓液・便・尿・胆汁・その他 () ファージ型： () ・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 | 令和 | 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 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 15 | 感染したと推定される年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 16 | 発病年月日 (*) | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 17 | 死亡年月日 (※) | 令和 | 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

パ ラ チ フ ス 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) ・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(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 () - | | | | |

| | | |
|------------------|---|--|
| 11 症 状 | ・高熱 ・比較的徐脈 ・バラ疹 ・脾腫 ・下痢 ・便秘 ・腸出血 ・腸穿孔 ・意識障害 ・難聴 ・胆石 ・慢性胆嚢炎 ・その他 () ・なし | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 () |
| | 12 診断方法 | 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 | 令和 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 | 令和 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日 (※) | 令和 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。)