

## エボラ出血熱発生届

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）

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 ・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 　・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（ ）				
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（ ） ・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（ ）	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	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つてください

（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。）

## 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・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）・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 ・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	
		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 診断方法	・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（ ）	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	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つてください

（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。）

## 痘 そ う 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） ・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 　・頭痛 　・四肢痛 　・腰痛 ・紅斑 　・丘疹 　・水疱 　・結痂 　・落屑 ・膿疱 　・疼痛 　・灼熱感 　・瘢痕 ・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 その他（ ）		
12 診断方法	・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（ ）	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）		
	・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（ ）			
	・その他の方針（ ） 検体（ ） 結果（ ）			
	・臨床決定（ ）			
	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			

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## 南米出血熱発生届

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）

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・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) アルゼンチン出血熱 2) ブラジル出血熱 3) ベネズエラ出血熱 4) ボリビア出血熱、その他				① 感染原因・感染経路（確定・推定）	
11 症 状 状	・発熱 ・悪寒 ・筋肉痛 ・背部痛 ・嘔吐 ・めまい ・出血 ・ショック ・神経症状 ・その他（ ） ・なし			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 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）	
・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（ ） ・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（ ） 検体（ ） 結果（ ） ・臨床決定（ ）				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	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。）

この届出は診断後直ちに行つてください

## ペスト発生届

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） ・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	・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（ ） ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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・リンパ節腫吸引物・喀痰・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・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・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（ ）	1 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	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つてください

（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。）

## マ ー ル ブ ル グ 病 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） ・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 ・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（ ） 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）
	・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（ ） 検体（ ） 結果（ ） ・臨床決定（ ）	
12 診断方法	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	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つてください

（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。

## ラッサ熱発生届

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）

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・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 ・全身倦怠感 ・関節痛 ・咳 ・咽頭痛 ・筋肉痛 ・心窓部痛 ・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	
		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 診断方法	・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） ・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）	
		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つてください

（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。）

## 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

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) 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	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ポリオ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 検体：便・その他（ ） ・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つてください

（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。）

## 結 核 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） ・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	
11 症状	1) 肺結核 2) その他の結核 ( )	① 感染原因・感染経路（確定・推定）	
	・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 ( ) ・なし	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 ( )	2 その他 ( )	
	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・その他 ( )	② 感染地域（確定・推定）	
	・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・その他 ( )	1 日本国内（ 都道府県 市区町村 )	
	・病理検査における特異的所見の確認 検体：( ) 所見：( )	2 国外（ 国 詳細地域 )	
	・ツベルクリン反応検査 (発赤・硬結・水疱・壊死)	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	
	・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロン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 ( )		
	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つてください

(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。)

## 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。

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） ・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		・扁桃・咽頭の偽膜形成	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・リンパ節腫脹	・心筋炎	・呼吸障害	・その他（ ）
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認		検体（ ）	1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ）
	・その他の方法（ ）	検体（ ）	結果（ ）	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）
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			

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## 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）

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・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 ・筋肉痛 ・低酸素血症 ・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 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（ ）	
12 診断方法	・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（ ） 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）	
		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つてください

（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。

## 鳥インフルエンザ（H5N1）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

印

（署名又は記名押印のこと）

医師の氏名

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 ・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 ・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（ ）  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	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	

この届出は診断後直ちに行つてください

(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。)

## コレラ発生届

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） ・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	・下痢・軟便 ・チアノーゼ ・血圧低下 ・筋痙攣 ・その他（ ） ・なし	・米とぎ汁様下痢 ・嘔吐 ・体重減少 ・無尿 ・胃切除歴	・脱水 ・頻脈 ・虚脱	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)・エルトール型		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）	
	・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			

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## 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（※） ( ) -

（※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	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	・下痢 ・テネスマス（しぶり腹）	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（ ）
12 診断方法	・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） ）
	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	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つてください

(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。)

## 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・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） ・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	・腹痛 　・水様性下痢 　・血便 ・嘔吐 　・発熱 　・溶血性貧血 ・急性腎不全 　・溶血性尿毒症症候群（HUS） ・痙攣 　・昏睡 　・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 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 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いずれかによるベロ毒素の確認 （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 ベロ毒素：VT1VT2・VT1・VT2・VT（型不明） ・便でのベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出（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）	
		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つてください

（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。）

## 腸チフス発生届

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） ・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高熱</li> <li>・比較的徐脈</li> <li>・バラ疹</li> <li>・脾腫</li> <li>・下痢</li> <li>・便秘</li> <li>・腸出血</li> <li>・腸穿孔</li> <li>・意識障害</li> <li>・難聴</li> <li>・胆石</li> <li>・慢性胆囊炎</li> <li>・その他（ ）</li> <li>・なし</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 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ） 3 その他（ ）	
12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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：( )</li> <li>・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）</li> </ul>	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	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。)

この届出は診断後直ちに行つてください

## パラチフス発生届

都道府県知事（保健所設置市・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） ・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 ・慢性胆囊炎 ・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 ）	
		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つてください

（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。）

## 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	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 ・食欲不振 ・肝機能異常 ・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 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 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（ 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（ 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）	
		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つてください

（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。）

## ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）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）・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（ ） -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) ウエストナイル熱、2) ウエストナイル脳炎		① 感染原因・感染経路（確定・推定）
11 症状	・発熱 ① 頭痛 ② 筋肉痛	1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ）
	・発疹 ① リンパ節腫脹	2 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ）
12 診断方法	・麻痺 ① 意識障害 ② 痙攣	3 その他（ ）
	・髄膜脳炎 ① 脳炎 ② 筋力低下	② 感染地域（確定・推定）
・その他（ ）		1 日本国内（ 都道府県 市区町村）
・なし（ ）		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つてください

（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。）

## 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

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	・全身倦怠感 ・食欲不振 ・肝腫大 ・その他（ ） ・なし	・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）（ア.同性間 イ.異性間 ウ. 不明） 4 その他（ ）
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（ ） 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 ）	③A型肝炎ワクチン接種歴（有・無・不明）
			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つてください

（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。）

## エキノコクス症発生届

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）・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（ ） -			

病型			18 感染原因・感染経路・感染地域	
1) 多包条虫、2) 单包条虫				
11 症 状	・肝腫大 ・腹痛 ・黄疸 ・貧血 ・発熱 ・腹水 ・るいそう ・肝臓の画像異常所見 ・その他 ( ) ・なし			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 その他（ ）
12 診 断 方 法	・包虫あるいは包虫の一部の検出 検体：肝臓の摘出組織・肝臓の生検組織・ その他（ ） ・ELISA 法による血清抗体の検出 ・Western Blot 法による血清抗体の検出 ・その他の方（ ） 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つてください

(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。)

## 黄熱発生届

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）

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	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 ・鼻出血 ・下血 ・乏尿 ・その他（ ） ・なし	・嘔吐 ・歯齦出血 ・蛋白尿 ・肝性昏睡	・筋肉痛 ・黒色嘔吐 ・黄疸	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 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）	
	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	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つてください

（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。）

## オウム病発生届

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） ・無症状病原体保有者 ・感染症死者の死体 ・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 ①頭痛 ②筋肉痛 ・関節痛 ③咳 ④粘液性痰 ・肺炎 ⑤呼吸困難 ⑥意識障害 ・D I C ・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 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（ ）
		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	・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果： IgM 抗体 ・ IgG 抗体 256 倍以上 ・ペア血清での抗体陽転 ・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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つてください

（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。）

## オムスク出血熱発生届

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）

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	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 ・低血圧 ・髄膜炎 ・その他（ ・なし	・頭痛 ・徐脈 ・消化器症状 ・脳炎 ・肺炎 ・筋肉痛 ・脱水 ・出血 ・腎機能障害	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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ）
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・その他（ ）		2 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・ 状況： ）	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 ）
	・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・髄液・その他（ ）			
	・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（ ）			
	・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（ ） ） ） ）			
	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		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つてください

（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。）

## 回 帰 热 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） ・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	・咳	・出血傾向	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・結膜炎	・肝腫大	・脾腫	①感染原因・感染経路（確定・推定）
12 診断方法	・黄疸	・発疹	・肝機能異常	1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：）
	・心筋炎	・脳出血	・肺炎	2 その他（）
・その他（）				②感染地域（確定・推定）
・なし				1 日本国内（都道府県 市区町村）
・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他（） 菌種名（）				2 国外（国 詳細地域）
・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体：血液・その他（）				
・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出				
・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（）				
・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			

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## キヤサナル森林病発生届

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）・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 ・咳 ・低血圧 ・髄膜炎 ・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 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 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 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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・髄液・その他（ ） ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（ ） ・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（ ） 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つてください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。)

## Q 热 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） ・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 ・全身倦怠感 ・肝機能異常 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ） 2 塵埃感染（吸入物の種類・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・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（ ） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体64倍以上・IgG抗体256倍以上・ ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の 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）	
		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つてください

（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。）

## 狂犬病発生届

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）・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	・咬傷周辺の知覚異常	・疼痛	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・不穏	・頭痛	① 感染原因・感染経路（確定・推定）
12 診断方法	・恐水発作	・発熱	1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況）
	・異常興奮	・痙攣	2 その他（ ）
	・その他（ ）		
	・なし		
	・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他（ ）		② 感染地域（確定・推定）
	・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物・唾液腺・脳組織・その他（ ）		1 日本国内（ 都道府県 市区町村）
	・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：唾液・髄液・脳組織・その他（ ）		2 国外（ 国 詳細地域）
	・Fluorescent Focus Inhibition Testによる髄液抗体の検出		
	・ELISA法による髄液抗体の検出（IgM・IgG）		
	・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		

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## コクシジオイデス症発生届

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	・発熱 ・胸部結節性病変 ・皮膚潰瘍・腫瘍 ・その他（ ） ・なし	・咳 ・胸部空洞性病変 ・全身播種	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 塵埃感染（吸入物の種類・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：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・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）		
	・鏡検による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他（ ） ・免疫拡散法による抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（ ） ・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				

この届出は診断後直ちに行つてください

(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。)

## サル痘発生届

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）・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 ・背部痛 ・局所リンパ節腫脹 ・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 その他（ ）	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） ・電子顕微鏡での観察による病原体の検出（確定例からの 二次感染、又は感染動物からの感染が強く疑われる場合 に限る） 検体（ ） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体（ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） ・その他の方（ ） 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 ）	
		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つてください

（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。

重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTS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）

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 ・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	・頭痛	・筋肉痛	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・神経症状	・腹痛	・下痢	①感染原因・感染経路（確定・推定）
12 診断方法	・嘔吐	・食欲不振	・全身倦怠感	1 接触感染（接触した人・物の種類・状況：）
	・血小板減少	・白血球減少	・リンパ節腫脹	2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：）
13 初診年月日	・出血傾向	・紫斑	・消化管出血	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：）
	・刺し口			4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：）
14 診断（検査）年月日	・その他（ ）			5 その他（ ）
	・なし			
15 感染したと推定される年月日	18 感染原因・感染経路・感染地域			②感染地域（確定・推定）
	平成 年 月 日	都道府県	市区町村	1 日本国内（ ）
16 発病年月日（※）	平成 年 月 日	国	2 国外（ ）	
	平成 年 月 日	詳細地域	（ ）	
17 死亡年月日（※）	平成 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				

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## 腎症候性出血熱(HFRS)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）・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 ・点状出血 ・乏尿 ・腎機能低下 ・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 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（ ）	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	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・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：血液・尿・その他（ ） ・ELISA法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・その他の方（ ） 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つてください

(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。)

## 西部ウマ脳炎発生届

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）

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	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・頭痛</li> <li>・筋肉痛</li> <li>・発疹</li> <li>・リンパ節腫脹</li> <li>・麻痺</li> <li>・意識障害</li> <li>・痙攣</li> <li>・髄膜炎</li> <li>・脳炎</li> <li>・筋力低下</li> <li>・その他（ ）</li> <li>・なし</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 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 その他（ ）	
12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・その他（ ）</li> <li>・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・髄液・その他（ ）</li> <li>・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（ ）</li> <li>・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</li> <li>・その他の方針（ ） 検体（ ） 結果（ ）</li> </ul>	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	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つてください

(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。)

## ダニ媒介脳炎発生届

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）

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	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 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他（ ・なし	・頭痛 ・リンパ節腫脹 ・意識障害 ・脳炎 ・筋肉痛 ・痙攣 ・筋力低下	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 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 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・髄液・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・髄液・その他（ ） ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（ ） ・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（ 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 ）	
	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つてください

（1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。）

## 炭疽発生届

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 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	・皮膚病変（ニキビ、虫さされ様） ・水疱 ・敗血症 ・チアノーゼ ・腹痛 ・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 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） ・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）	
		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つてください

（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。）

## チ ク ン グ ニ ア 热 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） ・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 ・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 ・全身倦怠感 ・リンパ節腫脹 ・白血球減少 ・神経症状	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 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止抗体の検出 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 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			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なってください

（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。）

## つつが虫病発生届

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）・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	・頭痛 ・発熱 ・刺し口 ・リンパ節腫脹 ・発疹 ・肺炎 ・脳炎 ・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 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・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・病理組織・その他（ ） ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方（ ） 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）
		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つてください

（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。）

## 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）

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	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) デング熱、2) デング出血熱			
11 症状	・発熱 ・2日以上続く発熱 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・発疹 ・血小板減少 ・100,000/mm <sup>3</sup> 以下の血小板減少 ・白血球減少 ・出血 ・ショック ・ヘマトクリットの上昇（補液なしで、同性・同年代の正常値の20%以上の上昇） ・血清蛋白の低下 ・胸水 ・腹水 ・Tourniquet テスト陽性 ・その他（ ） ・なし		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（ ） 血清型：（ ） ・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（ ） 血清型：（ ） ・血清での非構造蛋白（NS1）の検出 ・血清IgM抗体の検出 ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 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 ）
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。）

この届出は診断後直ちに行つてください

## 東部ウマ脳炎発生届

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）

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 ・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 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・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 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 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・髄液・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・髄液・その他（ ） ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（ ） ・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（ 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 ）	
		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つてください

（1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。）

## 鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）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 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 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・結膜炎 ・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 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（ ）	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） H亜型：H5・H7・H9・その他（ ） N亜型：（ ） ・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・H7・H9・その他（ ） N亜型：（ ） ・中和試験による血清抗体の検出 H亜型：H5・H7・H9・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 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	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つてください

（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。

## ニ パ ウ イ ル ス 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） ・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 ・筋肉痛 ・意識障害 ・痙攣 ・その他（ ） ・なし	・嘔吐 ・ミオクローヌス ・筋緊張低下 ・脳炎	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 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：髄液・その他（ ） ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名（ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他（ ） ・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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） ）	
			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つてください

（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。）

## 日本紅斑熱発生届

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）

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	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 ・刺し口 ・D I C ・その他（ ） ・なし	・頭痛 ・発疹 ・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 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（ ） ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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） ）	
	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つてください

（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。）

## 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）

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	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 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他（ ） ・なし	・頭痛 ・項部硬直 ・易興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動	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 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 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日本脳炎ワクチン接種歴 1回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明）			
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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日本脳炎ワクチン接種歴 1回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明）		
	・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・髄液・その他（ ）					
	・IgM抗体の検出 検体：血液・髄液・その他（ ）					
	・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 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					
・ペア血清での補体結合抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇						
・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）						
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					

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## ハンタウイルス肺症候群(HPS)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） ・無症状病原体保有者 ・感染症死者の死体 ・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・咳嗽</li> <li>・消化器症状</li> <li>・頻脈</li> <li>・肺水腫</li> <li>・その他（ ）</li> <li>・なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋肉痛</li> <li>・呼吸困難</li> <li>・頻呼吸</li> <li>・ショック</li> </ul>	18 感染原因・感染経路・感染地域
			<ul style="list-style-type: none"> <li>①感染原因・感染経路（確定・推定）</li> <li>1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況）</li> <li>2 その他（ ）</li> </ul>
12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・肺組織・その他（ ）</li> <li>・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・肺組織・その他（ ）</li> <li>・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出（IgM・IgG）</li> <li>・ELISA法による血清抗体の検出（IgM・IgG）</li> <li>・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>②感染地域（確定・推定）</li> <li>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）</li> <li>2 国外（ 国 詳細地域）</li> </ul>
			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つてください

(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。)

## B ウイルス病発生届

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） ・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・水疱性</li> <li>・潰瘍性皮膚粘膜病変</li> <li>・動物との接触部位の局所症状</li> <li>・リンパ節腫脹</li> <li>・発熱</li> <li>・筋力低下</li> <li>・麻痺</li> <li>・結膜炎</li> <li>・脳幹機能不全</li> <li>・複視</li> <li>・構語障害</li> <li>・交差性麻痺</li> <li>・知覚障害</li> <li>・脳炎</li> <li>・その他（ ）</li> <li>・なし（ ）</li> </ul>	18 感染原因・感染経路・感染地域
		<ul style="list-style-type: none"> <li>①感染原因・感染経路（確定・推定）</li> <li>1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況）</li> <li>2 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況）</li> <li>3 その他（ ）</li> </ul>
12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・擦過部生検組織・その他（ ）</li> <li>・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・髄液・咬傷部生検組織・擦過部生検組織・その他（ ）</li> <li>・ELISA法（ドットプロット法を含む）による血清抗体の検出</li> <li>・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>②感染地域（確定・推定）</li> <li>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）</li> <li>2 国外（ 国 詳細地域）</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
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。）

この届出は診断後直ちに行つてください

## 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

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 ・敗血症 ・肺炎 ・筋肉膿瘍 ・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 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 その他（ ）	
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液・ 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）	
	・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液・ その他（ ）		
	・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。）

この届出は診断後直ちに行つてください

## 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）

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	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 ・リンパ節腫脹 ・精巣炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・脾炎 ・その他（ ） ・なし	・脾腫 ・関節炎 ・肝腫大 ・肺炎 ・骨髄炎	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 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 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・骨髄・膿瘍・その他（ ） 菌種名（ ） ・試験管凝集反応による血清抗体の検出 結果：抗原がアポルタスで40倍以上・ 抗原がカニスで160倍以上 ・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 ）	18 感染原因・感染経路・感染地域	
			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つてください

（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。）

## ベネズエラウマ脳炎発生届

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)

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	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 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他( ) ・なし	・頭痛 ・リンパ節腫脹 ・意識障害 ・脳炎	・筋肉痛 ・痙攣 ・筋力低下	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 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 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)			
	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・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・髄液・その他( )			
	・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他( )			
	・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( ) 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			

この届出は診断後直ちに行つてください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。)

## ヘンドラウイルス感染症発生届

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）・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 ・肺炎 ・筋肉痛 ・意識障害 ・髄膜炎 ・その他（ ） ・なし	・嘔吐 ・呼吸障害 ・ミオクローヌス ・脳炎	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 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：髄液・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）		
	・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名（ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他（ ） ・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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（ ）				
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

この届出は診断後直ちに行つてください

## 発しんチフス発生届

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） ・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 ・点状出血 ・狂躁状態 ・その他（ ） ・なし	・発疹 ・幻覚 ・意識障害	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 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・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・病理組織・その他（ ） ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・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 ）	
			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つてください

（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。）

## ボツリヌス症発生届

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） ・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（ ） -			

病型		18 感染原因・感染経路・感染地域							
1) 食餌性(食中毒)、2) 乳児、 3) 創傷、4) 成人腸管定着、5) 不明		① 感染原因・感染経路 ( 確定・推定 )							
11 症 状	・弛緩性麻痺 ・眼瞼下垂 ・口渴 ・筋力低下 ・その他 ( )	・複視 ・嚥下困難 ・便秘 ・呼吸困難 ・なし	1 経口感染 (飲食物の種類・状況 : )						
12 診 断 方 法	2 創傷感染 (創傷の部位・状況 : )								
3 その他 ( )		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 )									
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								

この届出は診断後直ちに行つてください

## 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。

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）・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（ ） -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱、2) 四日熱、3) 卵形、4) 热帯熱、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（ ）  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
11 症状	・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（ ）	
12 診断方法	・血液検体の鏡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（ ） ）	
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	

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## 野 兔 病 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） ・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	・悪寒 ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 ・リンパ節腫脹 ・リンパ節潰瘍 ・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 水系感染（水の種類・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 その他（ ）
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） ・菌凝集反応による血清抗体の検出 結果：単一血清で40倍以上・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方（ ） 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）
		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つてください

（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。）

## ライム病発生届

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）・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	・遊走性紅斑 ・筋肉痛・筋肉炎 ・関節腫脹 ・発熱 ・髄膜炎 ・中枢神経症状 ・末梢神経症状 ・循環器症状 ・眼症状 ・慢性萎縮性肢端皮膚炎 ・慢性脳脊髄炎 ・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 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：紅斑部の皮膚 ・髄液 ・その他（ ） 菌種名（ ）  ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・髄液 ・その他（ ）  ・Western Blot法による血清抗体の検出  ・その他の方（ ） 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 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	
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つてください

（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。）

## リ ツ サ ウ イ ル ス 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） ・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・咬傷周辺の知覚異常</li> <li>・不穏</li> <li>・恐水発作</li> <li>・異常興奮</li> <li>・その他（ ）</li> <li>・なし（ ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疼痛</li> <li>・頭痛</li> <li>・麻痺</li> <li>・発熱</li> <li>・痙攣</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）
12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他（ ）</li> <li>・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物 ・唾液腺・脳組織・その他（ ）</li> <li>・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：唾液・髄液・脳組織・その他（ ）</li> <li>・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）</li> </ul>	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（ ）	
		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つてください

(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。)

## リフトバレー熱発生届

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）

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	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	・頭痛	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・嘔吐	・項部硬直	
12 診断方法	・意識障害	・易興奮性	①感染原因・感染経路（確定・推定）
	・痙攣	・筋硬直	1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況）
	・脳神経麻痺	・不随意運動	2 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況）
	・運動失調		3 その他（ ）
	・その他（ ）		②感染地域（確定・推定）
	・なし		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つてください

（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。）

## 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

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・頭痛</li> <li>・敗血症</li> <li>・ショック</li> <li>・皮膚膿瘍</li> <li>・肺炎</li> <li>・肺膿瘍</li> <li>・筋肉膿瘍</li> <li>・腹部臓器膿瘍</li> <li>・リンパ節膿瘍</li> <li>・骨膿瘍</li> <li>・その他（ ）</li> <li>・なし</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 水系感染（水の種類・状況： ） 2 創傷感染（創傷の部位・状況： ） 3 塵埃感染（吸入物の種類・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：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・ 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 ）	
	検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・ その他（ ）		
	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。)

この届出は診断後直ちに行つてください

## 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。

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）・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（ ） -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域	
1) 肺炎型 2) ポンティアック熱型		①感染原因・感染経路（確定・推定）	
11 症状	・発熱 ①咳嗽 ②呼吸困難 ③腹痛 ・下痢 ①意識障害 ②肺炎 ③多臓器不全 ・その他（ ） ・なし		1 水系感染（水の種類・状況： ） 2 塵埃感染（吸入物の種類・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（ ） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体（ ） ・尿中の病原体抗原の検出 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：ペア血清での抗体陽転（少なくとも1回は128倍以上）・ ペア血清での抗体価の有意上昇（少なくとも1回は128倍以上）・ 单一血清で256倍以上 ・マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果：ペア血清での抗体陽転（少なくとも1回は128倍以上）・ ペア血清での抗体価の有意上昇（少なくとも1回は128倍以上）・ 单一血清で256倍以上 ・その他の方（ ） 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。）

この届出は診断後直ちに行つてください

## レ プ ト ス ピ 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）

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	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 ①筋肉痛 ②結膜充血 ・黄疸 ③出血症状 ④蛋白尿 ・腎不全 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・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 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・尿・その他（ ） 血清型：（ ） ・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・髄液・尿・その他（ ） ・ペア血清での顕微鏡下凝集試験法（MAT）による 血清抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 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）
		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つてください

（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。）

## 口ツキ一山紅斑熱発生届

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）

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	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 ・発疹 ・肝機能異常 ・中枢神経症状 ・その他（ ） ・なし	・頭痛 ・点状出血 ・D I C ・乏尿 ・ショック ）	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 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（ ）		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 ）	
	・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（ ）			
・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇				
・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇				
・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			

この届出は診断後直ちに行つてください

（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。）

## アメーバ赤痢発生届

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（※） ( ) -

（※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）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域			
1) 腸管アメーバ症 2) 腸管外アメーバ症					
4 症 状	・下痢	・粘血便	・しぶり腹	・鼓腸	①感染原因・感染経路（確定・推定）
	・腹痛	・発熱	・右季肋部痛		1 経口感染（飲食物の種類・状況：）
5 診 断 方 法	・肝腫大	・肝膿瘍	・腹膜炎		2 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明）
	・胸膜炎	・心囊炎	・大腸粘膜異常所見		3 その他（）
・その他（）					
・鏡検による病原体の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他（）		②感染地域（確定・推定）			
・ELISA法による病原体抗原の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他（）		1 日本国内（都道府県		市区町村）	
・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他（）		2 国外（国		詳細地域（）	
・血清抗体の検出					
・その他の方法（） 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。）

## 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 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 )

病 型		11 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） 1 針等の鋭利なもの刺入による感染（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）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 5 母子感染（ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳） 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）  ③B型肝炎ワクチン接種歴（有 · 無 · 不明）	
4 症 状	1) B型肝炎 ・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（ ） )		
	5 診 断 方 法	1) B型肝炎 ・血清でのIgM HBc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 ・血清での抗体陰性、かつHCV RNA又はHCVコア抗原の検出 ・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 ・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（ ）	
6 初診年月日		平成 年 月 日	7 診断（検査）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日以内に行つてください	

(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。)

急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）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 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）

病型	
1) 病原体（	）
2) 病原体不明	
4 症 状	・発熱 ・頭痛 ・嘔吐 ・項部硬直 ・痙攣 ・意識障害 ・髄液細胞数の増加 ・その他（ ）
5 診 断 方 法	・意識障害を伴って死亡した者、または意識障害を伴つて24時間以上入院した者のうち、次の①②③の少なくとも1つの症状を呈したことを確認 ①38度以上の高熱、②何らかの中枢神経症状、 ③先行感染症状 (熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷等、明らかに感染性とは異なる場合は除外する。)

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

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	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（ 詳細地域 ）	国	

（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日以内に行つてください

## クリプトスピリジウム症発生届

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	・腹痛 ・発熱 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・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 性的接触（A. 性交 B. 経口） （ア. 同性間 イ. 异性間 ウ. 不明） 6 その他（ ）	
5 診 断 方 法	・便の鏡検による病原体の検出 ・便中の病原体抗原の検出 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便・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。）

## クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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（平成 年 月 日）

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印

（署名または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 \_\_\_\_\_

上記施設の住所・電話番号\* \_\_\_\_\_ (電話 \_\_\_\_\_)

（＊所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1 診断（検査）した者（死体）の類型					
・患者（確定例） ・感染症死者の死体					
2 性 別	男 · 女				
3 診断時の年齢	歳				
病型	1) 孤発性プリオント病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) (b) その他				
	2) 遺伝性プリオント病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャイン カーネ病(GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症(FFI)				
	3) 感染性プリオント病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD				
	診断の確実度（7. 確実 4. ほぼ確実 ウ. 疑い）				
診 断 方 法	7 初診年月日 8 診断（検査※）年月日 9 感染したと推定される年月日 10 発病年月日（＊） 11 死亡年月日（＊）	平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日	6 症状 ア. 進行性認知症 ( 年 月より) イ. ミオクロースス ( 年 月より) ウ. 錐体路症状 ( 年 月より) エ. 錐体外路症状 ( 年 月より) オ. 小脳症状 ( 年 月より) カ. 視覚異常 ( 年 月より) キ. 無動性無言状態 ( 年 月より) ク. 記憶障害 ( 年 月より) ケ. 精神・知能障害 ( 年 月より) コ. 臨床的に頑固な不眠 ( 年 月より) サ. 異常感覚 ( 年 月より) シ. 痙攣性対麻痺 ( 年 月より) ス. 筋強剛 ( 年 月より) セ. その他 ( 年 月より)	ア. 進行性認知症 ( 年 月より) イ. ミオクロースス ( 年 月より) ウ. 錐体路症状 ( 年 月より) エ. 錐体外路症状 ( 年 月より) オ. 小脳症状 ( 年 月より) カ. 視覚異常 ( 年 月より) キ. 無動性無言状態 ( 年 月より) ク. 記憶障害 ( 年 月より) ケ. 精神・知能障害 ( 年 月より) コ. 臨床的に頑固な不眠 ( 年 月より) サ. 異常感覚 ( 年 月より) シ. 痙攣性対麻痺 ( 年 月より) ス. 筋強剛 ( 年 月より) セ. その他 ( 年 月より)	
				1) 病原体診断（異常プリオント蛋白の検出） 部位 (1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他の臓器 方法 (1) Western Blot法 (2) 免疫染色法 異常プリオント蛋白の沈着型 (1) アミロイド型 (2) シナプス型 (3) その他	
				2) プリオント蛋白遺伝子検査 (1) コドン ( ) の異常 (2) コドン 129 の多型 (7. M/M 4. M/V ウ. V/V) (3) コドン 219 の多型 (7. E/E 4. E/K ウ. K/K) (4) その他 ( )	
				3) 臨床症候	
				4) 家族歴	
				5) 検査 (1) 脳波(PSD) (2) 脳MRI (3) 14-3-3蛋白 (4) その他	
				6) その他 ( ) (該当するものすべてに記載すること)	
				12 感染原因・感染経路・感染地域 (感染性プリオント病の場合のみ記載)	
				① 感染原因・感染経路（推定される感染年月日） 1) ヒト乾燥硬膜 ( 年 月 日) 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤 ( 年 月 日) 3) 角膜手術 ( 年 月 日) 4) 手術等観血的処置 ( 年 月 日) [種類 ] 5) 輸血等 ( 年 月 日) 6) その他 [ ] ( 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 : )	

（1、2、4から6、12欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11欄は年齢・年月日を記入すること。（＊）欄は、死者を検査した場合のみ記入すること。（＊）欄は、患者を診断した場合のみ記入すること）

この届出は診断から7日以内に行なってください

## 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（※） ( ) -

（※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	・ショック ・肝不全 　・腎不全 　・急性呼吸窮迫症候群 ・D I C 　・軟部組織炎 ・全身性紅斑性発疹 　・中枢神経症状 ・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 創傷感染（創傷の部位・状況： ） 5 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（ ）	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日以内に行つてください

（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。）

## 後天性免疫不全症候群発生届（HIV感染症を含む）

都道府県知事（保健所設置市・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） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体	
2 性 別	男 · 女
3 診断時の年齢	歳
4 病名	1) 無症候性キャリア 2) AIDS 3) その他 ( )
5-1 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗HIV抗体スクリーニング検査           <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ELISA法</li> <li>2) P A法</li> <li>3) I C法</li> </ul> </li> <li>その他 ( )</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>確認検査           <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Western Blot法</li> <li>2) I F A法</li> </ul> </li> <li>その他 ( )</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>病原検査           <ul style="list-style-type: none"> <li>1) HIV抗原検査</li> <li>2) ウィルス分離</li> </ul> </li> <li>3) P C R法</li> <li>4) その他 ( )</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>18か月未満の児の免疫学的所見           <ul style="list-style-type: none"> <li>( )</li> </ul> </li> </ul>
	(該当するもの全てに○をすること)
6 診断時の症状	
1) 有  2) 無 (無症候性キャリアの場合は、当欄の記載は不要)	
7 発病年月日 (AIDSの指標疾患(5-2)の発病日) 8 初診年月日 9 診断（検査※）年月日 (AIDSの場合は指標疾患(5-2)の診断日) 10 感染したと推定される年月日 11 死亡年月日 ※	
平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日 昭和・平成 年 月 日 平成 年 月 日	

<b>5-2</b> <b>A</b> <b>I</b> <b>D</b> <b>S</b> <b>と</b> <b>診</b> <b>断</b> <b>し</b> <b>た</b> <b>指</b> <b>標</b> <b>疾</b> <b>患</b> <b>該</b> <b>当</b> <b>す</b> <b>る</b> <b>全</b> <b>て</b> <b>に</b> <input type="radio"/>	1) カンジダ症（食道、気管、気管支、肺） 2) クリプトコッカス症（肺以外） 3) コクシジオイデス症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 4) ヒストプラズマ症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 5) ニューモシスティス肺炎 6) トキソプラズマ脳症（生後1か月以後） 7) クリプトスボリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 8) イソスピラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 9) 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの） 10) サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く） 11) 活動性結核（肺結核又は肺外結核） 12) 非結核性抗酸菌症（①全身に播種したもの ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 13) サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外） 14) 単純ヘルペスウイルス感染症（①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの） 15) 進行性多巣性白質脳症 16) カポジ肉腫 17) 原発性脳リンパ腫 18) 非ホジキンリンパ腫（L S G分類により ①大細胞型、免疫芽球型 ②Burkitt型） 19) 侵潤性子宮頸癌 20) 反復性肺炎 21) リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：L I P／P L H complex（13歳未満） 22) H I V脳症（認知症又は亜急性脳炎） 23) H I V消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）	
	<b>12 感染原因・感染経路・感染地域</b>	
	<b>①推定される感染原因・感染経路</b>	
	1) 性行為感染 ア. 異性間性的接触 イ. 同性間性的接触 2) 静注薬物使用 3) 母子感染 4) 輸血 5) その他 ( ) 6) 不明	
	<b>②推定される感染地域</b>	
	1) 日本国内 2) その他 ( ) 3) 不明	
	<b>13 感染症のまん延及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項</b>	
	<b>①最近数年間の主な居住地</b>	
	1) 日本国内 ( 都道府県) 2) その他 ( ) 3) 不明	
	<b>②国籍</b>	
	1) 日本 2) その他 3) 不明	

（1、2、4から6、12、13欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11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。）

## ジアルジア症発生届

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	・腹部不快感 ・胆管炎 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・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（ ）
5 診 断 方 法	・鏡検による病原体の検出 検体：便・十二指腸液・胆汁・その他（ ） ・病原体抗原の検出 検体：便・十二指腸液・胆汁・その他（ ） 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便・十二指腸液・胆汁・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。）

## 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（※） ( ) -

（※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 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全	・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・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 血清型：未実施・b群・その他（ 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）
	・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）		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） 製造会社/Lot番号（ / ） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lot番号（ / ） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lot番号（ / ） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lot番号（ / ）
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日以内に行つてください

(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。)

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日以内に届出をし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行政対応に資するため、侵襲性髄膜炎菌髄膜炎を診断した医師は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	・全身倦怠感
	・嘔吐	・発疹	・痙攣
	・意識障害	・頸部硬直	・大泉門膨隆
	・点状出血	・ショック	・D I C
	・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（ ）

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（ ）

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：未実施・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：未実施・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（ ）

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日以内に行なってください

（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。）

## 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。

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 ・全身倦怠感 ・意識障害 ・髄膜炎 ・菌血症	・発熱 ・嘔吐 ・項部硬直 ・肺炎 ・その他（ ）	・咳 ・痙攣 ・大泉門脹隆 ・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）
5 診 断 方 法	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			
6 7 8 9 10	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）			
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。)

## 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）

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）

病型		11 感染原因・感染経路・感染地域	
1) CRS典型例、2) 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	
4 症 状	・白内障 ・先天性心疾患（ ） ・難聴 ・色素性網膜症 ・脾腫 ・精神発達遅滞 ・X線透過性の骨病変 ・黄疸（生後24時間以内に出現） ・その他（ ）	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）	
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（ ）	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）	
	6 初診年月日	平成 年 月 日	7 診断（検査）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日以内に行なってください

# 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。

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）
- ・無症状病原体保有者
- ・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) 早期顎症梅毒(Ⅶ, I期Ⅳ, II期) 2) 晚期顎症梅毒、 3) 先天梅毒、4) 無症候(無症状病原体保有者)		① 感染原因・感染経路(確定・推定)				
症状	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) (ア. 同性間 イ. 异性間 ウ. 不明) 5 母子感染(ア. 胎内 イ. 出産時 ウ. 母乳) 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)					
診断方法						
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日以内に行つてください。

(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。)

## 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	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男・女	歳（　か月）

4 症 状	・筋肉のこわばり ・嚥下障害 ・痙攣 ・呼吸困難（痙攣性） ・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（　）
5 診 断 方 法	・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破傷風含有ワクチン接種歴（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日以内に行なってください

(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。)

## 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	・発熱 ・皮膚感染症 　・肺炎 　・腸炎 　・腹膜炎 ・骨髓炎 　　・菌血症 　・免疫不全 ・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 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（ ）		
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 $16\mu\text{g}/\text{ml}$ 以上 検体：血液・腹水・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 $16\mu\text{g}/\text{ml}$ 以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・尿・膿・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日以内に行つてください

（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。）

## パ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（0歳は月齢）
男 · 女	歳 ( か月 )

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・心内膜炎</li> <li>・尿路感染症</li> <li>・菌血症</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>	11 感染原因・感染経路・感染地域			
		<p>①感染原因・感染経路（確定・推定）</p> <p>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ）</p> <p>2 経口感染（飲食物の種類・状況： ）</p> <p>3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）</p> <p>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： ）</p> <p>5 その他（ ）</p>			
5 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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パンコマイシンのMIC値が<math>16\mu\text{g}/\text{ml}</math>以上</li> <li>検体：血液・腹水・胸水・髄液</li> <li>その他（ ）</li> <li>菌種名：（ ）</li> <li>耐性遺伝子：<i>VanA</i> · <i>VanB</i> · <i>VanC</i> · その他（ ） · 未実施</li> <li>・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、かつ分離菌のパンコマイシンのMIC値が<math>16\mu\text{g}/\text{ml}</math>以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であるとの判定</li> <li>検体：喀痰・尿・膿</li> <li>その他（ ）</li> <li>菌種名：（ ）</li> <li>耐性遺伝子：<i>VanA</i> · <i>VanB</i> · <i>VanC</i> · その他（ ） · 未実施</li> </ul>	<p>②感染地域（確定・推定）</p> <p>1 日本国内（ 都道府県 市区町村 ）</p> <p>2 国外（ 国 詳細地域 ）</p>			
		6 初診年月日	平成 年 月 日	7 診断（検査）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日以内に行なってください

（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。）

- 風しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をし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します。
- 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、検査結果等を総合的に勘案し、風しん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きますようお願いします。

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) 検査診断例、2) 臨床診断例			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（）	
4 症 状	4.1 発疹・発熱・リンパ節腫脹 4.2 関節痛・関節炎・血小板減少性紫斑病 4.3 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 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）	
	5.1 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（）		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）	
	5.2 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（）			
	5.3 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（）			
	5.4 その他の検査方法（ 検体（） 結果（） 臨床決定（）			
	6	初診年月日	平成 年 月 日	
	7	診断（検案）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日以内に行なってください

(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。)

1. 麻しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をし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けますようお願いします。
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案し、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きますようお願いします。

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

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	2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
・患者（確定例）・感染症死亡者の死体	男・女	歳（か月）

病型		11 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（ ）	
5 診 断 方 法	4 症状 4 症状 4 症状 4 症状 4 症状 4 症状 4 症状 4 症状 4 症状 4 症状		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 陰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）
	(ア) 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（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（陽性・陰性） 遺伝子型：（ ）		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）
	(イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・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：（ ）		
	(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：（ ）		
	(エ) ペ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（ ）		
	(オ) その他の検査方法（ ） 検体（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 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
	(カ) 臨床決定（ ）		

（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。）

## 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 平成 年 月 日

印

（署名又は記名押印のこと）

医師の氏名

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） ・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 ・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 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）
	・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： ） ・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： ）	
12 診 断 方 法	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	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 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 及び 12 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

この届出は診断後直ちに行つてください

## 鳥インフルエンザ（H7N9）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

印

（署名又は記名押印のこと）

医師の氏名

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 ・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： ） 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 ）
	12 診 断 方 法	
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	

この届出は診断後直ちに行つてください

(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。)