

アメーバ赤痢発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条第 1 項（同条第 10 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名
従事する病院・診療所の名称
上記病院・診療所の所在地(※)
電話番号(※) ( ) -

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

Table with 1 row: 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

Table with 2 columns: 2 性別 (男・女) and 3 診断時の年齢 (0歳は月齢) (歳 (か月))

Main table for amebic dysentery with columns for symptoms (4), diagnosis methods (5), and infection details (11). Includes sub-sections for intestinal and extra-intestinal amebiasis.

(1, 2, 4, 5, 11 欄は該当する番号等を〇で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

(\*) 欄は、患者 (確定例) を診断した場合のみ記入すること。

4, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。

この届出は診断から7日以内に行ってください