

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（検案）した者（死体）の種類		・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	
2 性別	男 ・ 女	6 症 状 ア. 進行性認知症 (年 月より) イ. ミオクローヌス (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. 痙性対麻痺 (年 月より) ス. 筋強剛 (年 月より) セ. その他 () (年 月より)	
3 診断時の年齢	歳		
4 病 型	1) 孤発性プリオン病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) (b) その他 2) 遺伝性プリオン病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症(FFI) 3) 感染性プリオン病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD		
5 診 断 方 法		7 初診年月日	平成 年 月 日
1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出） 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 異常プリオン蛋白の沈着型 (1) アミロイド型 (2) シフラス型 (3) その他 2) プリオン蛋白遺伝子検査 (1) コドン () の異常 (2) コドン129の多型 (7. M/M 4. M/V 5. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E 4. E/K 5. 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)		8 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日
		9 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日
		10 発病年月日（*）	平成 年 月 日
		11 死亡年月日（※）	平成 年 月 日
		12 感染原因・感染経路・感染地域 （感染性プリオン病の場合のみ記載）	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、死亡者を検案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日以内に行ってください