

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 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

| |
|---------------------|
| 1 診断(検案)した者(死体)の種類 |
| ・患者(確定例) ・感染症死亡者の死体 |

| | |
|-------|-----------------|
| 2 性別 | 3 診断時の年齢(0歳は月齢) |
| 男 ・ 女 | 歳 (月) |

| | | |
|-----------------|--|--|
| 4 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・ショック ・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・DIC ・軟部組織炎 ・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状 ・その他 () | 11 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | <p>5 診断方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 () | <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 () <p>②感染地域 (確定 ・ 推定)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 () |
| 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。