

播種性クリプトコックス症発生届

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つては、その住所・電話番号を記載)

| |
|---------------------|
| 1 診断（検案）した者（死体）の種類 |
| ・患者（確定例） ・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 | <ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・呼吸器症状 ・皮疹 ・中枢神経系病変 ・その他（ ） | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・麻痺 ・胸部異常陰影 ・紅斑 | <ul style="list-style-type: none"> ・意識障害 ・項部硬直 ・眼内炎 ・骨病変 ・真菌血症 | 1 1 感染原因・感染経路・感染地域 | |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ） ・病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で荚膜を有する酵母細胞の証明） 検体：髄液・病理組織 その他（ ） ・ラテックス凝集法によるクリプトコックス荚膜抗原の検出 検体：髄液・血液 その他（ ） | ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） <ul style="list-style-type: none"> 1 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類： _____) 2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・状況： _____) 3 その他（ _____) ②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） <ul style="list-style-type: none"> 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国) | | | |
| 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及び11欄においては該当する番号等を○で囲み、3及び6から10までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。

(※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。
 (*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 4及び5欄においては、該当するもの全てを記載すること。)