１．急性灰白髄炎との鑑別のため、診断後速やかに病原体検査のための検体を採取し、検査結果を待つことなく、出来るだけ速やかに管轄の保健所へ急性弛緩性麻痺の届出をしていただきますようお願いします。
２．届出後、病原体検査により急性灰白髄炎と診断された場合については、届出の取り下げ等にご協力いただきますようお願いします。

別記様式５－４

# 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）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）病原体（　　）<br>２）病原体不明 | | ①感染原因・感染経路（確定・推定）<br>１ 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況：　　）<br>２ 接触感染(接触した人・物の種類・状況：　　（　　）<br>３ 経口感染（飲食物の種類・状況：　　）<br>４ その他（　　） |
| ４<br>症状 | ・弛緩性麻痺<br>左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・呼吸筋・顔面・他（　　）<br>・深部腱反射低下　・膀胱直腸障害　・瞳孔散大<br>・筋萎縮・筋肉痛・頭痛・髄液蛋白質増加<br>・髄液細胞数増加・発熱・喘鳴・咳・鼻汁<br>・下痢・嘔吐・便秘・腹痛・意識障害・感覚障害<br>・小脳症状・不随意運動・脊髄の画像異常所見<br>・その他（　　） | ②感染地域（　確定・推定　）<br>１ 日本国内（　都道府県　　市区町村）<br>２ 国外（　　国<br>詳細地域　　） |
| ５<br>診断方法 | ・次の①～③の全ての要件を満たすことを確認<br>①１５歳未満<br>②急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が２４時間以上消失しなかった者<br>③明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙性麻痺でないこと | ③ポリオウイルス検査の実施（有・無）<br>④ポリオ含有ワクチン接種歴<br>１回目　有（　か月）・無・不明<br>ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）<br>接種年月日（S・H　年　月　日　・不明）<br>製造会社/Lot 番号（　/　・不明）<br>２回目　有（　か月）・無・不明<br>ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）<br>接種年月日（S・H　年　月　日　・不明）<br>製造会社/Lot 番号（　/　・不明）<br>３回目　有（　か月）・無・不明<br>ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）<br>接種年月日（S・H　年　月　日　・不明）<br>製造会社/Lot 番号（　/　・不明）<br>４回目　有（　歳）・無・不明<br>ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）<br>接種年月日（S・H　年　月　日　・不明）<br>製造会社/Lot 番号（　/　・不明）<br>その他:海外でポリオ含有ワクチンの接種歴がある場合（生・IPV 含有ワクチン・不明）<br>接種年月日（H　年　月　日　・不明）<br>製造会社/Lot 番号（　/　・不明） |
| ６ 初診年月日　平成　年　月　日<br>７ 診断（検案（※））年月日　平成　年　月　日<br>８ 感染したと推定される年月日　平成　年　月　日<br>９ 発病年月日（＊）　平成　年　月　日<br>10 死亡年月日（※）　平成　年　月　日 | | |

（1,2,4,11 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。
4,11 欄は、該当するものすべてを記載すること。）