

侵襲性髄膜炎菌感染症及び麻しんの患者の医師による届出基準の変更

資料4

改正の背景

- 感染症法では、一類～四類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者等については、対象者の迅速な把握が必要なため、医師が診断時に、直ちに氏名、年齢、性別等を保健所に届け出ることを義務付けている。一方、五類感染症は、原則個々人に対するまん延防止措置の対象外であるが、比較的発生数の少ない感染症の患者等については、その発生動向を確実に把握するため、医師に対して診断時から7日以内の患者の年齢・性別等の届出を義務付けている。
- 五類感染症である侵襲性髄膜炎菌感染症や麻しん等については、患者の接触者等に対する予防内服やワクチンにより感染の拡大防止を進める必要。このため、患者が発生する都度、感染症法に基づく迅速な積極的疫学調査の実施が必要。

改正の概要

- 侵襲性髄膜炎菌感染症及び麻しんについて、都道府県において患者を迅速に把握するため、医師に患者の氏名・住所等を直ちに届け出させることとする。
※ なお、五類感染症の類型そのものは変更しない。

施行日

平成27年5月21日

(※平成27年厚生労働省令第101号にて規定するとともに、届出基準・様式を改正（平成27年5月12日付健感発0512第3号結核感染症課長通知）)

侵襲性髄膜炎菌感染症発生届

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 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・頭痛 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・髄膜炎 ・多臓器不全	・発熱 ・発疹 ・項部硬直 ・ショック ・菌血症 ・その他 ()	・全身倦怠感 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・DIC ・関節炎
	12 診 断 方 法		
・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他 () ・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他 () ・その他の検査方法 () 検体 () 結果 ()			
18 感染原因・感染経路・感染地域			
①感染原因・感染経路 (確定・推定)			
1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況：)			
2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況：)			
3 その他 ()			
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 ()			
渡航期間 ()			
③共同生活の有無 (有 ・ 無)			
1 学生寮			
2 社員寮			
3 その他 ()			
19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項			
13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案※）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日 (※) 平成 年 月 日 17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日			

この届出は診断後直ちに行ってください

（1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 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。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5 - 2 1

麻 し ん 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（検査）した者（死体）の類型				
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢（0歳は月齢）	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳（ か月）	
7 当該者住所				
電話（ ） —				
8 当該者所在地				
電話（ ） —				
9 保護者氏名	10 保護者住所 （9、10は患者が未成年の場合のみ記入）			
	電話（ ） —			

病 型		13 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻しん（検査診断例） 2) 麻しん（臨床診断例） 3) 修飾麻しん（検査診断例）		①感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ）
11 症 状	・発熱（ 月 日出現） ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・眼脂 ・コプリック斑 ・発疹（ 月 日出現） ・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・脳炎（急性脳炎の届出をお願いします） ・その他（ ）	1 飛沫・飛沫核感染（感染源となった麻疹患者・状況：（ ）） 2 接触感染（感染源となった麻疹患者・物の種類・状況：（ ）） 3 その他（ ）
	12 診 断 方 法	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 渡航期間（ ）） ③麻しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 2 回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
(ア) 分離・同定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） 遺伝子型：（ ）		14 初診年月日 平成 年 月 日
(イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） 遺伝子型：（ ）		15 診断（検査※）年月日 平成 年 月 日
(ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性・判定保留 ） 抗体価：（ ）		16 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日
(エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日（1回目 月 日 2回目 月 日） 抗体価（1回目 2回目） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：EIA・HI・NT・PA・その他（ ）		17 発病年月日（*） 平成 年 月 日
(オ) その他の検査方法（ ） 検体（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ ）		18 死亡年月日（※） 平成 年 月 日
(カ) 臨床決定（ ）		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

- (1, 3, 11 から 13 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 14 から 18 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。11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)