

感染症法に基づく医師の届出基準（改正案）

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|------|----------------------|------|------|----------------|---------------|--------------------------|---------------------------------------|----|--|-------------|------|----------------------|------|------|----------------|-------------|--------------------------|---------------------------------------|----|
| <p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>14-3 麻疹 (1)～(3) (略) (4) 届出のために必要な要件 ア及びイ (略) ウ 修飾麻疹（検査診断例） 届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。</p> <p>届出に必要な臨床症状</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ア 麻疹に特徴的な発疹</td></tr> <tr><td>イ 発熱</td></tr> <tr><td>ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状</td></tr> </table> <p>届出に必要な病原体診断</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">検査方法</th> <th style="width: 50%;">検査材料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>分離・同定による病原体の検出</td> <td rowspan="2">咽頭拭い液、血液、髄液、尿</td> </tr> <tr> <td>検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出</td> </tr> <tr> <td>抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）</td> <td>血清</td> </tr> </tbody> </table> | ア 麻疹に特徴的な発疹 | イ 発熱 | ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状 | 検査方法 | 検査材料 | 分離・同定による病原体の検出 | 咽頭拭い液、血液、髄液、尿 | 検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 | 抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇） | 血清 | <p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>14-3 麻疹 (1)～(3) (略) (4) 届出のために必要な要件 ア及びイ (略) ウ 修飾麻疹（検査診断例） 届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。</p> <p>届出に必要な臨床症状</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ア 麻疹に特徴的な発疹</td></tr> <tr><td>イ 発熱</td></tr> <tr><td>ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状</td></tr> </table> <p>届出に必要な病原体診断</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">検査方法</th> <th style="width: 50%;">検査材料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>分離・同定による病原体の検出</td> <td rowspan="2">咽頭拭い液、血液、髄液</td> </tr> <tr> <td>検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出</td> </tr> <tr> <td>抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）</td> <td>血清</td> </tr> </tbody> </table> | ア 麻疹に特徴的な発疹 | イ 発熱 | ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状 | 検査方法 | 検査材料 | 分離・同定による病原体の検出 | 咽頭拭い液、血液、髄液 | 検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 | 抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇） | 血清 |
| ア 麻疹に特徴的な発疹 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ 発熱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査方法 | 検査材料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分離・同定による病原体の検出 | 咽頭拭い液、血液、髄液、尿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇） | 血清 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア 麻疹に特徴的な発疹 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ 発熱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査方法 | 検査材料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分離・同定による病原体の検出 | 咽頭拭い液、血液、髄液 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇） | 血清 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

届出様式 (改正案)

別記様式 5-14-3

1. 麻疹については、診断を行った医師は7日以内に届出をしていただくこととなっておりますが、麻疹に対するより迅速な行政対応に資するため、麻疹を診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いします。
2. 臨床診断例については、届出後であっても可能な限り検査診断を実施し、その結果について最寄りの保健所に報告していただくようお願いします。

別記様式 5-14-3

麻 し ん 発 生 届

都道府県知事 (保健所設置市・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
印
医師の氏名 (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 (検査) 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 男・女 | 3 診断時の年齢 (0歳は月齢) 歳 (月) |
|--|-------------|----------------------------|

| 病 型 | 1 1 感染原因・感染経路・感染地域 |
|--|--|
| 1) 麻疹 (検査診断例) 2) 麻疹 (臨床診断例) 3) 修飾麻疹 (検査診断例) | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 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 () |
| 4 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 もお願ひします) ・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 () |
| 5 診断方法 (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: () (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: () (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: () (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 () (オ) その他の検査方法 () (カ) 臨床決定 () | ③麻疹含有ワクチン接種歴 1回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 (麻疹単抗原・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 (麻疹単抗原・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) |
| | 6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断 (検査(※)) 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 |

(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。)

別記様式 5-14-3

1. 麻疹については、診断を行った医師は7日以内に届出をしていただくこととなっておりますが、麻疹に対するより迅速な行政対応に資するため、麻疹を診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いします。
2. 臨床診断例については、届出後であっても可能な限り検査診断を実施し、その結果について最寄りの保健所に報告していただくようお願いします。

別記様式 5-14-3

麻 し ん 発 生 届

都道府県知事 (保健所設置市・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
印
医師の氏名 (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 (検査) 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 男・女 | 3 診断時の年齢 (0歳は月齢) 歳 (月) |
|--|-------------|----------------------------|

| 病 型 | 1 1 感染原因・感染経路・感染地域 |
|--|--|
| 1) 麻疹 (検査診断例) 2) 麻疹 (臨床診断例) 3) 修飾麻疹 (検査診断例) | 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 () |
| 4 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 () | 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) |
| 5 診断方法 (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: () (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: () (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: () (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 () (オ) その他の検査方法 () (カ) 臨床決定 () | ③麻疹含有ワクチン接種歴 1回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 (麻疹単抗原・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 (麻疹単抗原・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) |
| | 6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断 (検査(※)) 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 |

(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。)