

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

和歌山市保健所長 様

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 令和 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	・頭痛                      ・発熱                      ・嘔吐 ・痙攣                      ・意識障害                ・項部硬直 ・大泉門膨隆              ・ショック                ・髄膜炎 ・肺炎                      ・菌血症                  ・関節炎 ・脳膿瘍                  ・喉頭蓋炎 ・多臓器不全              ・その他 (                      )	1 1 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 (                      )  ③ヒブワクチン接種歴 1回目 有 (      歳 ) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R      年      月      日      ・ 不明) 製造会社/L o t 番号 (                      /                      ・ 不明) 2回目 有 (      歳 ) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R      年      月      日      ・ 不明) 製造会社/L o t 番号 (                      /                      ・ 不明) 3回目 有 (      歳 ) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R      年      月      日      ・ 不明) 製造会社/L o t 番号 (                      /                      ・ 不明) 4回目 有 (      歳 ) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R      年      月      日      ・ 不明) 製造会社/L o t 番号 (                      /                      ・ 不明)
5	・分離・同定による病原体の検出 検体: 髄液・血液・その他 (                      ) 血清型: 未実施・b群・その他 (                      型)  ・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・その他 (                      ) 血清型: 未実施・b群・その他 (                      型)  ・ラテックス法による病原体抗原の検出  ・その他の検査方法 (                      ) 検体 (                      ) 結果 (                      )	
6	初診年月日                      令和      年      月      日	
7	診断(検案(※))年月日      令和      年      月      日	
8	感染したと推定される年月日 令和      年      月      日	
9	発病年月日 (*)              令和      年      月      日	
10	死亡年月日 (※)              令和      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。