

侵襲性髄膜炎菌感染症発生届

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 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 ・発熱 ・全身倦怠感 ・嘔吐 ・発疹 ・痙攣 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門膨隆 ・点状出血 ・ショック ・DIC ・髄膜炎 ・菌血症 ・関節炎 ・多臓器不全 ・その他（ ）	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 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・その他（ ） 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（ ）	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 _____） ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可） ③共同生活の有無（ 有 ・ 無 ） 1 学生寮 2 社員寮 3 その他（ _____） ④髄膜炎菌ワクチン接種歴（有・無・不明）
13 初診年月日	令和 年 月 日	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
14 診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	
16 発病年月日（*）	令和 年 月 日	
17 死亡年月日（※）	令和 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。)