

健 第 1062 号
平成28年11月 8日

(公社)岡山県医師会長 殿
(一社)岡山県病院協会長 殿

岡山県保健福祉部長

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
及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）

このことについて、厚生労働省健康局結核感染症課長から別添のとおり通知がありましたので、貴会員へ周知方よろしく申し上げます。

なお、本通知は、次のホームページに掲載しておりますことを申し添えます。

記

岡山県保健福祉部からの医療安全情報等のお知らせ
<http://www.pref.okayama.jp/hoken/hohuku/tuuchi/top.htm>

【担当】

岡山県保健福祉部健康推進課 森
isao_mori@pref.okayama.lg.jp
TEL:086-226-7331
FAX:086-225-7283

健感発 1107 第 1 号
平成 28 年 11 月 7 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

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
及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）

標記については、「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 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年 3 月 8 日健感発第 0308001 号当職通知）により定めているところである。

今般、本通知の別紙「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」を、別添の新旧対照表のとおり改正し、平成 28 年 11 月 21 日から適用することとした。今回の改正の概要は下記のとおりである。

貴職におかれては、内容を御了知の上、関係機関等への周知を図るとともに、その実施に遺漏なきを期されたい。

記

第一 改正の概要

- 1 二類感染症の「1 急性灰白髄炎」について、「(3) 届出基準」を変更し、2 型ワクチン株ポリオウイルスによる無症状病原体保有者を届出の対象とすること。
- 2 四類感染症の「2 2 デング熱」について、「(2) 臨床的特徴」及び「(3) 届出基準」を変更し、これに合わせて別記様式 4-2 2 「デング熱発生届」を変更すること。
- 3 四類感染症の「4 2 レジオネラ症」について、「(3) 届出基準」における「検査方法」及び「検査材料」を追加し、これに合わせて別記様式 4-4 2 「レジオネラ症発生届」を変更すること。
- 4 四類感染症の「5 黄熱」及び五類感染症の「1 1 侵襲性髄膜炎菌感染症」について、別記様式 4-5 「黄熱発生届」及び別記様式 5-1 1 「侵襲性髄膜炎菌感染症発生届」に「ワクチン接種歴」の記載を追加すること。
- 5 五類感染症の「5 クリプトスポリジウム症」及び「9 ジアルジア症」について、「(3) 届出基準」を変更し、これに合わせて別記様式 5-5 「クリプトスポリジウム症発生届」及び別記様式 5-9 「ジアルジア症発生届」を変更すること。

- 6 五類感染症の「10 侵襲性インフルエンザ菌感染症」、「11 侵襲性髄膜炎菌感染症」及び「12 侵襲性肺炎球菌感染症」について、「(1) 定義」及び「(3) 届出基準」を変更し、これに合わせて別記様式5-10「侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届」、別記様式5-11「侵襲性髄膜炎菌感染症発生届」及び別記様式5-12「侵襲性肺炎球菌感染症発生届」を変更すること。
- 7 その他、記載の適正化を行う等所要の改正を行うこと。

第二 適用日

この通知は、平成28年11月21日から適用する。

「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」 新旧対照表

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>第1 (略)</p> <p>第2 一類感染症</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 南米出血熱 (1)～(2) (略) (3) 届出基準 ア～イ (略) ウ 疑似症患者 医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、南米出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。 エ～オ (略) (表略)</p> <p>5 ペスト (1)～(2) (略) (3) 届出基準 ア～オ (略)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">検査方法</th> <th style="text-align: center;">検査材料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>分離・同定による病原体の検出(塗抹標本の染色鏡検も参考となる)</td> <td rowspan="3">血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、<u>病理組織</u></td> </tr> <tr> <td>蛍光抗体法によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)の検出</td> </tr> <tr> <td>PCR法による病原体の遺伝子の検出</td> </tr> <tr> <td>赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)に対する抗体の検出(16倍以上)</td> <td>血清</td> </tr> </tbody> </table>	検査方法	検査材料	分離・同定による病原体の検出(塗抹標本の染色鏡検も参考となる)	血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、 <u>病理組織</u>	蛍光抗体法によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)の検出	PCR法による病原体の遺伝子の検出	赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)に対する抗体の検出(16倍以上)	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>第1 (略)</p> <p>第2 一類感染症</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 南米出血熱 (1)～(2) (略) (3) 届出基準 ア～イ (略) ウ 疑似症の診断 医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、南米出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。 エ～オ (略) (表略)</p> <p>5 ペスト (1)～(2) (略) (3) 届出基準 ア～オ (略)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">検査方法</th> <th style="text-align: center;">検査材料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>分離・同定による病原体の検出(塗抹標本の染色鏡検も参考となる)</td> <td rowspan="3">血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、組織</td> </tr> <tr> <td>蛍光抗体法によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)の検出</td> </tr> <tr> <td>PCR法による病原体の遺伝子の検出</td> </tr> <tr> <td>赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)に対する抗体の検出(16倍以上)</td> <td>血清</td> </tr> </tbody> </table>	検査方法	検査材料	分離・同定による病原体の検出(塗抹標本の染色鏡検も参考となる)	血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、組織	蛍光抗体法によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)の検出	PCR法による病原体の遺伝子の検出	赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)に対する抗体の検出(16倍以上)	血清
検査方法	検査材料																
分離・同定による病原体の検出(塗抹標本の染色鏡検も参考となる)	血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、 <u>病理組織</u>																
蛍光抗体法によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)の検出																	
PCR法による病原体の遺伝子の検出																	
赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)に対する抗体の検出(16倍以上)	血清																
検査方法	検査材料																
分離・同定による病原体の検出(塗抹標本の染色鏡検も参考となる)	血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、組織																
蛍光抗体法によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)の検出																	
PCR法による病原体の遺伝子の検出																	
赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1抗原)に対する抗体の検出(16倍以上)	血清																

6～7 (略)

第3 二類感染症

1 急性灰白髄炎

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア (略)

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。ただし1型及び3型ワクチン株ポリオウイルス(※※)による無症状病原体保有者は届出の対象ではない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ～エ (略)

(表略)

2～7 (略)

第4 三類感染症 (略)

第5 四類感染症

1～6 (略)

7 オムスク出血熱

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

6～7 (略)

第3 二類感染症

1 急性灰白髄炎

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア (略)

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。ただしワクチン株ポリオウイルス(※※)による無症状病原体保有者は届出の対象ではない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ～エ (略)

(表略)

2～7 (略)

第4 三類感染症 (略)

第5 四類感染症

1～6 (略)

7 オムスク出血熱

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

8 (略)

9 キャサナル森林病

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

10 ~ 16 (略)

17 西部ウマ脳炎

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

18 ダニ媒介脳炎

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

8 (略)

9 キャサナル森林病

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

10 ~ 16 (略)

17 西部ウマ脳炎

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

18 ダニ媒介脳炎

(1) ～ (2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

19～21 (略)

22 デング熱

(1) (略)

(2) 臨床的特徴

2～14日（多くは3～7日）の潜伏期の後に突然の高熱で発症する。頭痛、眼窩痛、顔面紅潮、結膜充血を伴う。発熱は2～7日間持続する（二峰性であることが多い）。初期症状に続いて全身の筋肉痛、骨関節痛、全身倦怠感を呈する。発症後3～4日後胸部、体幹からはじまる発疹が出現し、四肢、顔面へ広がる。症状は1週間程度で回復する。血液所見では高度の白血球減少、血小板減少がみられる。出血やショック症状を伴う重症型としてデング出血熱^(※)があり、全身管理が必要となることもある。ヒトからヒトへの直接感染はないが、熱帯・亜熱帯（特にアジア、オセアニア、中南米）に広く分布する。海外で感染した人が国内で発症することがある。

(※)デング出血熱：デング熱とほぼ同様に発症経過するが、解熱の時期に血漿漏出や血小板減少による出血傾向に基づく症状が出現し、死に至ることもある

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
非構造蛋白抗原（NS1）の検出	血液（血清又は全血）

(1) ～ (2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

19～21 (略)

22 デング熱

(1) (略)

(2) 臨床的特徴

2～15日（多くは3～7日）の潜伏期の後に突然の高熱で発症する。頭痛、眼窩痛、顔面紅潮、結膜充血を伴う。発熱は2～7日間持続する（二峰性であることが多い）。初期症状に続いて全身の筋肉痛、骨関節痛、全身倦怠感を呈する。発症後3～4日後胸部、体幹からはじまる発疹が出現し、四肢、顔面へ広がる。症状は1週間程度で回復する。血液所見では高度の白血球減少、血小板減少がみられる。出血やショック症状を伴う重症型としてデング出血熱^(※)があり、全身管理が必要となることもある。ヒトからヒトへの直接感染はないが、熱帯・亜熱帯（特にアジア、オセアニア、中南米）に広く分布する。日本国内での感染はないが、海外で感染した人が国内で発症することがある。

(※)デング出血熱：デング熱とほぼ同様に発症経過するが、解熱の時期に血漿漏出や血小板減少による出血傾向に基づく症状が出現し、死に至ることもある

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
非構造蛋白抗原（NS1）の検出	血清

I g M抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

2 3 東部ウマ脳炎

- (1) ～ (2) (略)
(3) 届出基準
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

2 4～3 0 (略)

3 1 ブルセラ症

- (1) (略)
(2) 臨床的特徴

感染動物の加熱殺菌が不十分な乳・チーズなど乳製品や肉の喫食による経口感染が最も一般的である。家畜の流産仔や悪露への直接接触、汚染エアロゾルの吸入でも感染する。ヒトーヒト感染は、授乳、性交、臓器移植による事例が報告されているが極めてまれである。B. canisは流産仔や悪露、血液などへ接触することにより感染するが、尿中に排菌されることも知られている。

潜伏期間は通常1～3週、時に数ヶ月との報告がある。臨床所見としては倦怠感、発熱、発汗、腰背部痛、関節痛、悪寒などインフルエンザ様で、その他、関節炎、リンパ節腫脹、脾腫、肝腫、中枢神経症状が見られることもある。合併症として、仙腸骨炎、心内膜炎、肺炎、骨髄炎、瘰癧を呈することがある。未治療時の致死率は5％程度で、心内膜炎が死亡原因の大半を占める。男性では20％程度の患者に、精巣上体炎・精巣痛があらわれる。

- (3) (略)

3 2 ベネズエラウマ脳炎

I g M抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

2 3 東部ウマ脳炎

- (1) ～ (2) (略)
(3) 届出基準
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

2 4～3 0 (略)

3 1 ブルセラ症

- (1) (略)
(2) 臨床的特徴

感染源は感染動物の組織、乳汁、血液、尿、胎盤、膣排泄物、流産胎児などである。B. canisに感染したイヌの尿も感染源になるとされる。潜伏期間は1～18週、通常2～8週との報告がある。臨床所見として比較的共通のものは脾腫、リンパ節（特に頸部、鼠径部リンパ節）の腫脹、関節の腫脹と痛みがあり、その他に20～50％の患者に、進行の時期によって泌尿器生殖器症状があらわれる。

B. melitensisの感染では、約70％の患者に肝腫大が認められる。本感染による致死率は一般的には低いですが、心内膜炎を併発している場合には致死率は上昇し、ヒトのブルセラ症による死亡の多くはこれが原因である。ヒトブルセラ症の3～5％に神経症状や精神神経的な症状が出現するとされる。

- (3) (略)

3 2 ベネズエラウマ脳炎

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出(ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

34 (略)

35 ボツリヌス症

(1) (略)

(2) 臨床的特徴

ボツリヌス毒素又はそれらの毒素を産生する菌の芽胞が混入した食品の摂取などによって発症する。潜伏期は、毒素を摂取した場合(食餌性ボツリヌス症)には、5時間~3日間(通常12~24時間)とされる。

神経・筋接合部、自律神経節、神経節後の副交感神経末端からのアセチルコリン放出の障害により、弛緩性麻痺を生じ、種々の症状(全身の違和感、複視、眼瞼下垂、嚥下困難、口渇、便秘、脱力感、筋力低下、呼吸困難など)が出現し、適切な治療を施さない重症患者では死亡する場合がある。

感染経路の違いにより、以下の4つの病型に分類される。

ア 食餌性ボツリヌス症(ボツリヌス中毒)

食品中でボツリヌス菌が増殖して産生された毒素を経口的に摂取することによって発症

イ 乳児ボツリヌス症

1歳未満の乳児が菌の芽胞を摂取することにより、腸管内で芽胞が発芽し、産生された毒素の作用によって発症

ウ 創傷ボツリヌス症

創傷部位で菌の芽胞が発芽し、産生された毒素により発症

エ 成人腸管定着ボツリヌス症

ボツリヌス菌に汚染された食品を摂取した1歳以上のヒトの腸管に数ヶ月間菌が定着し毒素を産生し、乳児ボツリヌス症と類似の症状が長期にわたって持続

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出(ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

34 (略)

35 ボツリヌス症

(1) (略)

(2) 臨床的特徴

ボツリヌス毒素又はそれらの毒素を産生する菌の芽胞が混入した食品の摂取などによって発症する。潜伏期は、毒素を摂取した場合(食餌性ボツリヌス症)には、5時間~3日間(通常12~24時間)とされる。

神経・筋接合部、自律神経節、神経節後の副交感神経末端からのアセチルコリン放出の障害により、弛緩性麻痺を生じ、種々の症状(全身の違和感、複視、眼瞼下垂、嚥下困難、口渇、便秘、脱力感、筋力低下、呼吸困難など)が出現し、適切な治療を施さない重症患者では死亡する場合がある。

感染経路の違いにより、以下の4つの病型に分類される。

ア 食餌性ボツリヌス症(ボツリヌス中毒)

食品中でボツリヌス菌が増殖して産生された毒素を経口的に摂取することによって発症

イ 乳児ボツリヌス症

1歳以下の乳児が菌の芽胞を摂取することにより、腸管内で芽胞が発芽し、産生された毒素の作用によって発症

ウ 創傷ボツリヌス症

創傷部位で菌の芽胞が発芽し、産生された毒素により発症

エ 成人腸管定着ボツリヌス症

ボツリヌス菌に汚染された食品を摂取した1歳以上のヒトの腸管に数ヶ月間菌が定着し毒素を産生し、乳児ボツリヌス症と類似の症状が長期にわたって持続

(3) (略)

3 6 ~ 4 1 (略)

4 2 レジオネラ症

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体の抗原の検出	尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物、尿
LAMP法による病原体の遺伝子の検出	喀痰
間接蛍光抗体法又はマイクロプレート凝集反応による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇で、少なくとも1回は128倍以上、又は単一血清で256倍以上）	血清

4 3 ~ 4 4 (略)

第6 五類感染症

1 ~ 4 (略)

5 クリプトスポリジウム症

(1) ~ (2)

(3) 届出基準

ア~イ (略)

(3) (略)

3 6 ~ 4 1 (略)

4 2 レジオネラ症

(1) ~ (2) (略)

(3) 届出基準

ア~エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体の抗原の検出	尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物、尿
間接蛍光抗体法又はマイクロプレート凝集反応による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇で、少なくとも1回は128倍以上、又は単一血清で256倍以上）	血清

4 3 ~ 4 4 (略)

第6 五類感染症

1 ~ 4 (略)

5 クリプトスポリジウム症

(1) ~ (2)

(3) 届出基準

ア~イ (略)

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、腭液
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

6～8 (略)

9 ジアルジア症

(1)～(2)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、腭液
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

10 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1) 定義

Haemophilus influenzae による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、 <u>その他の無菌部位</u>
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、 <u>その他の無菌部位</u>
ラテックス法による病原体抗原の検出	髄液

11 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1) 定義

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

6～8 (略)

9 ジアルジア症

(1)～(2)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、十二指腸液、胆汁
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

10 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1) 定義

Haemophilus influenzae による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液
ラテックス法による病原体抗原の検出	髄液

11 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1) 定義

Neisseria meningitidis による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、 <u>その他の無菌部位</u>
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、 <u>その他の無菌部位</u>

1.2 侵襲性肺炎球菌感染症

(1) 定義

Streptococcus pneumoniae による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、 <u>その他の無菌部位</u>
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、 <u>その他の無菌部位</u>
ラテックス法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	髄液

1.3～1.5 (略)

1.6 播種性クリプトコックス症

(1) 定義

Cryptococcus 属真菌による感染症のうち、本菌が髄液、血液などの無菌的臨床検体から検出された感染症又は脳脊髄液のクリプトコックス莢膜抗原が陽性となった感染症である。

(2) (略)

Neisseria meningitidis による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

1.2 侵襲性肺炎球菌感染症

(1) 定義

Streptococcus pneumoniae による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液
ラテックス法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	髄液

1.3～1.5 (略)

1.6 播種性クリプトコックス症

(1) 定義

Cryptococcus 属真菌による感染症のうち、本菌が髄液、血液などの無菌的臨床検体から検出された感染症又は脳脊髄液のクリプトコックス莢膜抗原が陽性となった感染症である。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、腹水、胸水、 髄液その他の通常無 菌的であるべき検体
病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜 を有する酵母細胞の証明）	髄液、 <u>病理組織</u>
ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗 原の検出	髄液、血液

第7 (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、腹水、胸水、 髄液その他の通常無 菌的であるべき検体
病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜 を有する酵母細胞の証明）	髄液、組織
ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗 原の検出	髄液、血液

第7 (略)

別記様式 1-1 ~ 1-3 (略)

別記様式 1-4 南米出血熱

別記様式 1-4

南米出血熱発生届

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) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) アルゼンチン出血熱 2) ブラジル出血熱 3) ベネズエラ出血熱 4) ポリビア出血熱 5) その他	①感染原因・感染経路(確定・推定)
11 発熱 ・悪寒 ・筋肉痛 ・背部痛 嘔吐 ・めまい 出血 ・ショック ・神経症状 ・その他 ()	1 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状況:) 4 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 5 その他 ()
12 分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・その他 () ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) 蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 臨床決定 ()	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)
13 初診年月日 平成 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(検査(※))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。)

別記様式 1-1 ~ 1-3 (略)

別記様式 1-4 南米出血熱

別記様式 1-4

南米出血熱発生届

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) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) アルゼンチン出血熱 2) ブラジル出血熱 3) ベネズエラ出血熱 4) ポリビア出血熱、その他	①感染原因・感染経路(確定・推定)
11 発熱 ・悪寒 ・筋肉痛 ・背部痛 嘔吐 ・めまい 出血 ・ショック ・神経症状 ・その他 ()	1 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状況:) 4 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 5 その他 ()
12 分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 血液・その他 () ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) 蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 臨床決定 ()	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)
13 初診年月日 平成 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(検査(※))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。)

別記1-5 ペスト

別記様式1-5

ペスト発生届

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） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳又は月齢)	6 当該者職業	
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	・リンパ節炎 ・敗血症 ・高熱 ・頭痛 ・意識障害 ・出血斑 ・気管支炎 ・肺炎 ・呼吸困難 ・血痰 ・その他 ()	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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____） 3 その他 ()
	・分離・特定による病原体の検出 検体：血液・リンパ節腫瘍吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・蛍光抗体法によるエンベロープ抗原（Fraction 1 抗原）の検出 検体：血液・リンパ節腫瘍吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・リンパ節腫瘍吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原（Fraction 1 抗原）に対する血清抗体の検出（16倍以上） ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	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 市区町村） 詳細地域 ()
12 診断方法		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（検査(※)）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。)

別記1-6～1-7 (略)

別記1-5 ペスト

別記様式1-5

ペスト発生届

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） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳又は月齢)	6 当該者職業	
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	・リンパ節炎 ・敗血症 ・高熱 ・頭痛 ・意識障害 ・出血斑 ・気管支炎 ・肺炎 ・呼吸困難 ・血痰 ・その他 ()	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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____） 3 その他 ()
	・分離・特定による病原体の検出 検体：血液・リンパ節腫瘍吸引物・喀痰・その他 () ・蛍光抗体法によるエンベロープ抗原（Fraction 1 抗原）の検出 検体：血液・リンパ節腫瘍吸引物・喀痰・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・リンパ節腫瘍吸引物・喀痰・その他 () ・赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原（Fraction 1 抗原）に対する血清抗体の検出（16倍以上） ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	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 市区町村） 詳細地域 ()
12 診断方法		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（検査(※)）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。)

別記1-6～1-7 (略)

別記2～3 (略)

別記4-1～4-4 (略)

別記4-5 黄熱

別記様式4-5

黄熱発生届

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(歳)は月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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, 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、死亡者を検査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。)

別記2～3 (略)

別記4-1～4-4 (略)

別記4-5 黄熱

別記様式4-5

黄熱発生届

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(歳)は月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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, 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、死亡者を検査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。)

別記 4-6 ~ 4-7 (略)

別記 4-8 回帰熱

別記様式 4-8

回 帰 熱 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） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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	・発熱 ・咳 ・出血傾向 ・結膜炎 ・肝腫大 ・脾腫 ・黄疸 ・発疹 ・肝機能異常 ・心筋炎 ・脳出血 ・肺炎 ・菌血症 ・その他 ()	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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況） 2 その他 ()
	・なし ()	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () 菌種名 () ・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)
13 初診年月日	平成 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（検査(※)）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。)

別記 4-6 ~ 4-7 (略)

別記 4-8 回帰熱

別記様式 4-8

回 帰 熱 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） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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	・発熱 ・咳 ・出血傾向 ・結膜炎 ・肝腫大 ・脾腫 ・黄疸 ・発疹 ・肝機能異常 ・心筋炎 ・脳出血 ・肺炎 ・菌血症 ・その他 ()	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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況） 2 その他 ()
	・なし ()	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () 菌種名 () ・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)
13 初診年月日	平成 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（検査(※)）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。)

別記4-9~4-21 (略)

別記4-22 デング熱

別記様式4-22

デング熱発生届

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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳/月齢)	6 当該者職業	
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		18 感染原因・感染経路・感染地域
11 症 状	1)デング熱、 2)デング出血熱 ・発熱 ・2日以上続く発熱 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・発疹 ・血小板減少 ・100,000/μl以下の血小板減少 ・白血球減少 ・出血 ・ショック ・ヘマトクリットの上昇(補液なしで、同性、同年代の正常値の20%以上の上昇) ・血清蛋白の低下 ・胸水 ・腹水 ・Tourniquetテスト陽性 ・その他() ・なし()	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他()
	12 診 断 方 法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・その他() 血清型:() ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・その他() 血清型:() ・血液(血清又は全血)での非構造蛋白(NS1)の検出 ・ベア血清での血清IgM抗体の検出 結果:抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果:抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での中和抗体の検出 結果:抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法() 検体() 結果()	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)
13 初診年月日	平成 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(検査(※))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、死亡者を検索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。)

別記4-9~4-21 (略)

別記4-22 デング熱

別記様式4-22

デング熱発生届

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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳/月齢)	6 当該者職業	
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		18 感染原因・感染経路・感染地域
11 症 状	1)デング熱、 2)デング出血熱 ・発熱 ・2日以上続く発熱 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・発疹 ・血小板減少 ・100,000/μl以下の血小板減少 ・白血球減少 ・出血 ・ショック ・ヘマトクリットの上昇(補液なしで、同性、同年代の正常値の20%以上の上昇) ・血清蛋白の低下 ・胸水 ・腹水 ・Tourniquetテスト陽性 ・その他() ・なし()	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他()
	12 診 断 方 法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・その他() 血清型:() ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・その他() 血清型:() ・血液(血清又は全血)での非構造蛋白(NS1)の検出 ・ベア血清での血清IgM抗体の検出 結果:抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果:抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での中和抗体の検出 結果:抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法() 検体() 結果()	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)
13 初診年月日	平成 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(検査(※))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、死亡者を検索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。)

別記4-23~4-26 (略)

別記4-27 日本脳炎

別記様式4-27

日本脳炎発生届

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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳・月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (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	・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経障害 ・運動失調 ・その他 () ・なし ()	・頭痛 ・項部硬直 ・異常興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・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日本脳炎ワクチン接種歴 1 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 2 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 3 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 4 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明)		
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・髄液・その他() 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・髄液・その他() ・IgM抗体の検出 検体:血清・髄液・その他() ・ベア血清での赤血球凝集阻防止抗体の検出 結果:抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での中和抗体の検出 結果:抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での補体結合抗体の検出 結果:抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・その他の方法() 検体() 結果()	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(検査(※))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。)

別記4-23~4-26 (略)

別記4-27 日本脳炎

別記様式4-27

日本脳炎発生届

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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳・月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (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	・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経障害 ・運動失調 ・その他 () ・なし ()	・頭痛 ・項部硬直 ・異常興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・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日本脳炎ワクチン接種歴 1 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 2 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 3 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 4 回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H 年 月 日・不明)		
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・髄液・その他() 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・髄液・その他() ・IgM抗体の検出 検体:血清・髄液・その他() ・ベア血清での赤血球凝集阻防止抗体の検出 結果:抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での中和抗体の検出 結果:抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での補体結合抗体の検出 結果:抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・その他の方法() 検体() 結果()	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(検査(※))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。)

別記4-28~4-30 (略)

別記4-31 ブルセラ症

別記様式4-31

ブルセラ症発生届

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(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳)は月齢 歳 (月)	6 当該者職業	
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	・発熱 ・関節痛 ・腰痛 ・リンパ節腫脹 ・精巣炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・肺炎 ・その他 () ・なし ()	・倦怠感 ・筋力痛 ・頭痛 ・脾腫 ・関節炎 ・肝腫大 ・肺炎 ・骨髄炎 ・仙腸骨炎	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 経口感染(飲食物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 その他 ()
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・骨髄・膿瘍・その他 () 菌種名 () ・試験管凝集反応による血清抗体の検出 結果:抗原がアポルタスで4.0倍以上・ 抗原がカニスで1.6.0倍以上 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)	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(検査(※))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、死亡者を検査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。)

別記4-28~4-30 (略)

別記4-31 ブルセラ症

別記様式4-31

ブルセラ症発生届

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(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳)は月齢 歳 (月)	6 当該者職業	
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	・発熱 ・関節痛 ・腰痛 ・リンパ節腫脹 ・精巣炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・肺炎 ・その他 () ・なし ()	・倦怠感 ・筋力痛 ・頭痛 ・脾腫 ・関節炎 ・肝腫大 ・肺炎 ・骨髄炎 ・仙腸骨炎	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 経口感染(飲食物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 その他 ()
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・骨髄・膿瘍・その他 () 菌種名 () ・試験管凝集反応による血清抗体の検出 結果:抗原がアポルタスで4.0倍以上・ 抗原がカニスで1.6.0倍以上 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)	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(検査(※))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、死亡者を検査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。)

別記4-32~4-33 (略)

別記4-34 発しんチフス

別記様式4-34

発しんチフス発生届

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)・無症状病原体保有者・感染症死亡者の死体・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)月齢	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳(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	・発熱 ・発疹 ・幻覚 ・意識障害 ・その他() ・なし	・頭痛 ・点状出血 ・狂躁状態	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 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) 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
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・病理組織・その他() ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・病理組織・その他() ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・その他の方法() 検体() 結果()		
13 初診年月日	平成 年 月 日		
14 診断(検査)(※)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。)

別記4-32~4-33 (略)

別記4-34 発しんチフス

別記様式4-34

発しんチフス発生届

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)・無症状病原体保有者・感染症死亡者の死体・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)月齢	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳(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	・発熱 ・点状出血 ・幻覚 ・意識障害 ・その他() ・なし	・発疹 ・狂躁状態 ・意識障害	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 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) 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
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・病理組織・その他() ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・病理組織・その他() ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・その他の方法() 検体() 結果()		
13 初診年月日	平成 年 月 日		
14 診断(検査)(※)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。)

別記4-35~4-39 (略)

別記4-40 リフトバレー熱

別記様式4-40

リフトバレー熱発生届

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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 年 月 日
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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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	・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし	・頭痛 ・項部硬直 ・易興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・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)
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・髄液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・髄液・その他 () ・血清での中和抗体の検出 ・ELISA法による血清抗体の検出(IgM・IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出(IgM・IgG) ・その他の方法() 検体() 結果()		

13 初診年月日	平成 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(検査(※))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	

(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、年月日を入力すること。
(※)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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記4-35~4-39 (略)

別記4-40 リフトバレー熱

別記様式4-40

リフトバレー熱発生届

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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 年 月 日
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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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	・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし	・頭痛 ・項部硬直 ・易興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・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)
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・髄液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・髄液・その他 () ・中和抗体の検出 ・ELISA法による血清抗体の検出(IgM・IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出(IgM・IgG) ・その他の方法() 検体() 結果()		

13 初診年月日	平成 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(検査(※))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	

(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、年月日を入力すること。
(※)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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記4-4-1 (略)

別記4-4-2 レジオネラ症

別記様式4-4-2

レジオネラ症発生届

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(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (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		1B 感染原因・感染経路・感染地域
1) 肺炎型	2) ポンティアック熱型	①感染原因・感染経路(確定・推定)
11 発熱 ・ 咳嗽 ・ 呼吸困難 ・ 腹痛 下痢 ・ 意識障害 ・ 肺炎 ・ 多臓器不全 その他 () なし ()		1 水系感染(水の種類・状況:) 2 塵埃感染(吸入物の種類・状況:) 3 その他 ()
12 分離・同定による病原体の検出 検体 () 蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体 () 尿中の病原体抗原の検出 検査法(酵素抗体法・イムノクロマト法) 検体から直接の病原体遺伝子の検出 検査法(PCR法・LAMP法) 検体 () 間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以 上)・単一血清で256倍以上 マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以 上)・単一血清で256倍以上 その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 ()	
13 初診年月日 平成 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(検査(※))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、死亡者を検査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。)

別記4-4-1 (略)

別記4-4-2 レジオネラ症

別記様式4-4-2

レジオネラ症発生届

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(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (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		1B 感染原因・感染経路・感染地域
1) 肺炎型	2) ポンティアック熱型	①感染原因・感染経路(確定・推定)
11 発熱 ・ 咳嗽 ・ 呼吸困難 ・ 腹痛 下痢 ・ 意識障害 ・ 肺炎 ・ 多臓器不全 その他 () なし ()		1 水系感染(水の種類・状況:) 2 塵埃感染(吸入物の種類・状況:) 3 その他 ()
12 分離・同定による病原体の検出 検体 () 蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体 () 尿中の病原体抗原の検出 検査法(酵素抗体法・イムノクロマト法) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () 間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以 上)・単一血清で256倍以上 マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以 上)・単一血清で256倍以上 その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 ()	
13 初診年月日 平成 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(検査(※))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、死亡者を検査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。)

別記4-43~4-44 (略)

別記5-1~5-4 (略)

別記5-5 クリプトスポリジウム症

別記様式5-5

クリプトスポリジウム症発生届

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 田 (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 症状 (腹痛、下痢、発熱、免疫不全、その他)
5 診断方法 (糞検による病原体の検出、抗体による病原体の検出、検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出、その他の検査方法)
6 初診年月日
7 診断(検査)年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(*)
10 死亡年月日(※)

この届出は診断から7日以内に行う必要があります

(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、死亡者を検査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4-43~4-44 (略)

別記5-1~5-4 (略)

別記5-5 クリプトスポリジウム症

別記様式5-5

クリプトスポリジウム症発生届

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 田 (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 症状 (腹痛、下痢、発熱、免疫不全、その他)
5 診断方法 (便の糞検による病原体の検出、便中の病原体抗原の検出(検査法:酵素抗体法・イムノクロマト法)、検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出、その他の検査方法)
6 初診年月日
7 診断(検査)年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(*)
10 死亡年月日(※)

この届出は診断から7日以内に行う必要があります

(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、死亡者を検査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5-6～5-8 (略)

別記5-9 ジアルジア症

別記様式5-9

ジアルジア症発生届

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(月)

4 症状
5 診断方法
6 初診年月日
7 診断(検案)年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(*)
10 死亡年月日(※)

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。)

別記5-6～5-8 (略)

別記5-9 ジアルジア症

別記様式5-9

ジアルジア症発生届

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(月)

4 症状
5 診断方法
6 初診年月日
7 診断(検案)年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(*)
10 死亡年月日(※)

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。)

別記5-10 侵襲性インフルエンザ菌感染症

別記様式5-10

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

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。

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)
 報告年月日 平成 年 月 日
 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 性別 3 診断時の年齢（0歳は月齢）
 男 ・ 女 歳（ 月）

4 症状	・頭痛 ・発熱 ・嘔吐 ・痲痺 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門隆起 ・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 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
	・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	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、死亡者を検査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。)

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記5-10 侵襲性インフルエンザ菌感染症

別記様式5-10

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

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。

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)
 報告年月日 平成 年 月 日
 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 性別 3 診断時の年齢（0歳は月齢）
 男 ・ 女 歳（ 月）

4 症状	・頭痛 ・発熱 ・嘔吐 ・痲痺 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門隆起 ・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 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 2回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 3回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 4回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液 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 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	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、死亡者を検査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。)

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記5-11 侵襲性髄膜炎菌感染症

別記様式5-11

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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 年 月 日
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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢（歳は月齢） 歳（ か月）	6 当該者職業	
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 ・大泉門隆起 ・DIC ・関節炎	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（ ） ④細菌培養ワケチン接種歴（有・無・不明）
	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（ ）		
13 初診年月日	平成 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（検査）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、死亡者を検査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。)

別記5-11 侵襲性髄膜炎菌感染症

別記様式5-11

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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 年 月 日
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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢（歳は月齢） 歳（ か月）	6 当該者職業	
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 ・大泉門隆起 ・DIC ・関節炎	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（ ） ④細菌培養ワケチン接種歴（有・無・不明）
	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（ ）		
13 初診年月日	平成 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（検査）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、死亡者を検査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。)

別記5-12 侵襲性肺炎球菌感染症

別記様式5-12

侵襲性肺炎球菌感染症発生届

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	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4 症状	・頭痛 ・全身倦怠感 ・意識障害 ・髄膜炎 ・菌血症 ・発熱 ・嘔吐 ・項部硬直 ・肺炎 ・その他（ ） ・咳 ・血痰 ・大鼻門腫隆 ・中耳炎	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肺炎球菌ワクチン接種歴 1回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・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（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 3回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 4回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
	5 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（ ） 血清型：未実施・（ ）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・（ ）型 ・病原体抗原の検出 検査法（ラテックス法・イムノクロマト法） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）
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	

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、死亡者を検出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5-13~5-15 (略)

別記5-12 侵襲性肺炎球菌感染症

別記様式5-12

侵襲性肺炎球菌感染症発生届

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	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4 症状	・頭痛 ・全身倦怠感 ・意識障害 ・髄膜炎 ・菌血症 ・発熱 ・嘔吐 ・項部硬直 ・肺炎 ・その他（ ） ・咳 ・血痰 ・大鼻門腫隆 ・中耳炎	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肺炎球菌ワクチン接種歴 1回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・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（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 3回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明） 4回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（ ）（ ）価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
	5 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液 血清型：未実施・（ ）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 血清型：未実施・（ ）型 ・病原体抗原の検出 検査法（ラテックス法・イムノクロマト法） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）
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	

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、死亡者を検出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5-13~5-15 (略)

別記5-16 播種性クリプトコックス症

別記様式5-16

播種性クリプトコックス症発生届

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 3 診断時の年齢(0歳は月齢)

男 ・ 女 歳 (月)

4 症 状	・頭痛 ・発熱 ・意識障害 ・痲痺 ・麻痺 ・項部硬直 ・呼吸器症状 ・胸部異常陰影 ・皮疹 ・紅斑 ・骨病変 ・中枢神経系病変 ・真菌血症 ・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 鳥類の糞などの接触(感染源の種類:) 2 免疫不全(基礎疾患や免疫抑制剤の種類・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)
	5 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・腹水・髄水・髄液 その他() ・病理組織学的診断(組織診断又は細胞診断で真菌を有する酵母細胞の証明) 検体:髄液・病理組織 その他() ・ラテックス凝集法によるクリプトコックス抗原抗原の検出 検体:髄液・血液 その他()
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及び11欄においては該当する番号等を○で囲み、3及び6から10までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡者を検査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及び5欄においては、該当するものを全てを記載すること。)

別記5-17~5-22 (略)

別記6 (略)

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記5-16 播種性クリプトコックス症

別記様式5-16

播種性クリプトコックス症発生届

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 3 診断時の年齢(0歳は月齢)

男 ・ 女 歳 (月)

4 症 状	・頭痛 ・発熱 ・意識障害 ・痲痺 ・麻痺 ・項部硬直 ・呼吸器症状 ・胸部異常陰影 ・皮疹 ・紅斑 ・骨病変 ・中枢神経系病変 ・真菌血症 ・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 鳥類の糞などの接触(感染源の種類:) 2 免疫不全(基礎疾患や免疫抑制剤の種類・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)
	5 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・腹水・髄水・髄液 その他() ・病理組織学的診断(組織診断又は細胞診断で真菌を有する酵母細胞の証明) 検体:髄液・組織 その他() ・ラテックス凝集法によるクリプトコックス抗原抗原の検出 検体:髄液・血液 その他()
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及び11欄においては該当する番号等を○で囲み、3及び6から10までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡者を検査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及び5欄においては、該当するものを全てを記載すること。)

別記5-17~5-22 (略)

別記6 (略)

この届出は診断から7日以内に行ってください