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します。

別記様式５－２２

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（検案）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	
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）	
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（急性脳炎の届出もお願いします）　・その他（　　）
12 診断方法	陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。 （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（　　） 検体（　　） 検体採取日（　　月　　日　　） 結果（　　） （カ）臨床決定（　　）

13　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（ ） 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）
14　初診年月日　平成　年　月　日 15　診断（検案(※)）年月日　平成　年　月　日 16　感染したと推定される年月日　平成　年　月　日 17　発病年月日（＊）　平成　年　月　日 18　死亡年月日（※）　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

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〇で囲み、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。）