

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 _____ 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 ・発熱 ・その他（ ）	・下痢 ・免疫不全	11 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 ）
5 診 断 方 法	・鏡検による病原体の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・腓液・その他（ ）		1 経口感染（飲食物の種類・状況： ）
	・病原体抗原の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・腓液・その他（ ）		2 水系感染（水の種類・状況： ）
	検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法）		3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）
	・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・すい液・その他（ ）		4 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ）
	・その他の検査方法（ 検体（ ） 結果（ ）		5 性的接触（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明）
6 初診年月日	平成 年 月 日		6 その他（ ）
7 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日		②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		1 日本国内（ 都道府県 市区町村）
9 発病年月日（*）	平成 年 月 日		2 国外（ 国)
10 死亡年月日(※)	平成 年 月 日		詳細地域

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。)