

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。

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛</li> <li>・痙攣</li> <li>・大泉門膨隆</li> <li>・肺炎</li> <li>・脳膿瘍</li> <li>・多臓器不全</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・意識障害</li> <li>・ショック</li> <li>・菌血症</li> <li>・喉頭蓋炎</li> <li>・その他（                    ）</li> </ul>	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 ）  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（ _____ ）	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・ラテックス法による病原体抗原の検出</li> <li>・その他の検査方法（                    ）                              検体（                    ）                              結果（                    ）</li> </ul>	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）			
6	初診年月日	平成	年	月	日
7	診断（検案(※)）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。）