

E 型 肝 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（検案）した者（死体）の種類 | | | | |
| ・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(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 | ・発熱 ・食欲不振 ・肝機能異常 ・その他 () ・なし | 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 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 4 その他 () | |
| | 12 診 断 方 法 | ・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・便・その他() 遺伝子型: G1 ・ G2 ・ G3 ・ G4 ・血清IgM 抗体の検出 ・血清IgA 抗体の検出 ・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（検案(※)）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。)

ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）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） ・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(0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 | | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
|------------------------|--|---|
| 1)ウエストナイル熱、2)ウエストナイル脳炎 | | |
| 11 症 状 | ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・発疹 ・リンパ節腫脹 ・麻痺 ・意識障害 ・痙攣 ・髄膜脳炎 ・脳炎 ・筋力低下 ・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 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 () |
| | ・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 () ・ペ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（検案(※)）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。)

A 型 肝 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） ・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(0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 () - | | | |

| | | |
|----|---|--|
| 11 | ・全身倦怠感 ・食欲不振 ・肝腫大 ・その他 () ・なし | 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 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況 :) 3 性的接触 (A.性交 B.経口) (ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明) 4 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) ③A型肝炎ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明) |
| 12 | ・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・便・その他 () ・血清 IgM 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（検案(※)）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 | |
| | | 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。)

エ キ ノ 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（検案）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(0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 | | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
|------------------|---|---|
| 1) 多包条虫、 2) 単包条虫 | | |
| 11 | ・肝腫大 ・腹痛 ・黄疸 ・貧血 ・発熱 ・腹水 ・るいそう ・肝臓の画像異常所見 ・その他 () ・なし | 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 | ・包虫あるいは包虫の一部の検出 検体：肝臓の摘出組織・肝臓の生検組織・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 ・Western Blot 法による血清抗体の検出 ・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（検案(※)）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。)

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） ・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(0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 () - | | | |

| | | | | | |
|----|------------------|---|---|---|---|
| 11 | 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・鼻出血 ・下血 ・乏尿 ・その他 () ・なし | <ul style="list-style-type: none"> ・嘔吐 ・歯齦出血 ・蛋白尿 ・肝性昏睡 ・筋肉痛 ・黒色嘔吐 ・黄疸 | | |
| | | 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) ③黄熱ワクチン接種歴 (有・無・不明) | | | |
| 12 | 診 断 方 法 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 () ・血清IgM抗体の検出 ・ペ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 () | | | |
| | | 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（検案(※)）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。)

オ ウ ム 病 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） ・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(0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 () - | | | |

| | | |
|------------|---|--|
| 11 症 状 | ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 ・咳 ・粘液性痰 ・肺炎 ・呼吸困難 ・意識障害 ・D I C ・その他 () ・なし | 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 () | |
| 12 診 断 方 法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・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 : IgM 抗体 ・ IgG 抗体 256 倍以上 ・ペア血清での抗体陽転 ・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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 14 診断（検案(※)）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 | 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。)

オムスク出血熱発生届

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） ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・咳 ・徐脈 ・脱水 ・低血圧 ・消化器症状 ・出血 ・髄膜炎 ・脳炎 ・肺炎 ・腎機能障害 ・その他 () ・なし | 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 () _____ | | | |
| | | 12 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> ・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 () ・ペ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（検案(※)）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。)

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） ・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(0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 () - | | | |

| | | | | | | |
|----|------------------|---|---|---|----------------|--|
| 11 | 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・結膜炎 ・黄疸 ・心筋炎 ・菌血症 ・その他 () ・なし | <ul style="list-style-type: none"> ・咳 ・肝腫大 ・発疹 ・脳出血 | 18 | 感染原因・感染経路・感染地域 | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・出血傾向 ・脾腫 ・肝機能異常 ・肺炎 | | 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 () 菌種名 () | | | 19 | 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) |
| | | ・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 () | | | | |
| 13 | 初診年月日 | 平成 年 月 日 | | | | |
| 14 | 診断（検案(※)）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。)

キ ャ サ ヌ ル 森 林 病 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） ・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(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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・咳 ・低血圧 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし | 18 | <p>感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p> |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 (_____) ・ペ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) | <p>1 日本国内 (都道府県 市区町村)</p> <p>2 国外 (国 詳細地域 _____)</p> |
| 13 | 初診年月日 平成 年 月 日 | 19 | <p>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</p> |
| 14 | 診断（検案(※)）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。)

Q 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 1 2 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） ・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(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 | ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・全身倦怠感 ・眼球後部痛 ・間質性肺炎 ・肝機能異常 ・心内膜炎 ・その他 () ・なし | 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：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 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 64 倍以上・IgG 抗体 256 倍以上・ ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の 有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () |
| 13 初診年月日 | | 平成 年 月 日 |
| 14 診断（検案(※)）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。)

狂 犬 病 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） ・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(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 | <ul style="list-style-type: none"> ・咬傷周辺の知覚異常 ・不穏 ・恐水発作 ・異常興奮 ・その他 () ・なし | | | | 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 (_____) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛 ・発熱 ・痙攣 | | | | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物・唾液腺・脳組織・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：唾液・髄液・脳組織・その他 () ・Fluorecent Focus Inhibition Testによる髄液抗体の検出 ・ELISA法による髄液抗体の検出 (IgM・IgG) ・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（検案(※)）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。)

コ ク シ ジ オ イ デ 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（検案）した者（死体）の種類 | | | | |
| ・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(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 | ・発熱 ・胸部結節性病変 ・皮膚潰瘍・腫瘍 ・その他 () ・なし | ・咳 ・胸部空洞性病変 ・全身播種 | 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：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他 () | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 塵埃感染 (吸入物の種類・状況) () 2 その他 () |
| ・鏡検による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他 () | | 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（検案(※)）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。)

サ ル 痘 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 1 2 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） ・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(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 | ・発熱 ・頭痛 ・背部痛 ・発疹 ・局所リンパ節腫脹 ・その他 () ・なし | 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 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 その他 () | |
| | 12 診 断 方 法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・電子顕微鏡での観察による病原体の検出 (確定例からの二次感染、又は感染動物からの感染が強く疑われる場合に限る) 検体 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・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（検案(※)）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。)

ジカウイルス感染症発生届

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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢・日齢) 歳 (月 日) | 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 |
|-----------------------------|--|
| 1) ジカウイルス病、 2) 先天性ジカウイルス感染症 | ① 感染原因・感染経路 (確定 ・ 推定) |
| 11 症候・合併症 | 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) |
| | 2 感染母体からの経胎盤感染 母親の妊娠中のジカウイルス感染症罹患歴 ア) 妊娠中に診断 (診断時の妊娠週数: 週) 羊水検査実施の有無: a) あり b) なし 羊水検査結果: a) 陽性 b) 陰性 c) 判定保留 イ) 出産後に診断 ウ) 判定保留 エ) 陰性 オ) その他 () |
| 12 診断方法 | 3 経産道感染 |
| | 4 輸血 |
| 13 初診年月日 平成 年 月 日 | 5 性的接触 ア) 異性間 イ) 同性間 ウ) 不明 |
| | 6 その他 () |
| 14 診断（検案(※)）年月日 平成 年 月 日 | ② 感染地域 (確定 ・ 推定) |
| 15 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) |
| 16 発病年月日 (*) 平成 年 月 日 | 2 国外 (国 詳細地域) |
| 17 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 |

(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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属 SFTS ウイルスであるものに限る。） 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） ・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(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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・神経症状 ・嘔吐 ・血小板減少 ・出血傾向 ・刺し口 ・その他 () ・なし | <ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・腹痛 ・食欲不振 ・白血球減少 ・紫斑 | <ul style="list-style-type: none"> ・筋肉痛 ・下痢 ・全身倦怠感 ・リンパ節腫脹 ・消化管出血 | 18 感染原因・感染経路・感染地域 | |
| | 12 診断方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ペ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 () | ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 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 () _____) 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（検案(※)）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。)

腎 症 候 性 出 血 熱 (HFRS) 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 1 2 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） ・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(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 | ・発熱 ・血圧低下 ・ショック ・点状出血 ・乏尿 ・蛋白尿 ・血尿 ・腎機能低下 ・その他 () ・なし | 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 () | |
| | 12 診 断 方 法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・尿・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・尿・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・間接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 () | 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（検案(※)）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。)

西部ウマ脳炎発生届

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（検案）した者（死体）の種類 | | | | | |
| ・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(0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 () - | | | | |

| | | | |
|----|---|----|--|
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 (_____) ・ペ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 (_____) | 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（検案(※)）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。)

ダニ媒介脳炎発生届

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（検案）した者（死体）の種類 | | | | |
| ・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(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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし | 18 | <p>感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p> |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 (_____) ・ペ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 (_____) | 19 | <p>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</p> |
| 13 | 初診年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 14 | 診断（検案(※)）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。)

炭 疽 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） ・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(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 | ・皮膚病変（ニキビ、虫さされ様） ・水疱 ・黒色痂皮 ・敗血症 ・発熱 ・呼吸困難 ・チアノーゼ ・ショック ・腹痛 ・吐血 ・血性下痢 ・その他 () ・なし | 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 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () |
| 13 初診年月日 | | 平成 年 月 日 |
| 14 診断（検案(※)）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。)

チクングニア熱発生届

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） ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・関節痛 ・発疹 ・関節の炎症、腫脹 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・筋肉痛 ・リンパ節腫脹 ・血小板減少 ・白血球減少 ・神経症状 ・劇症肝炎 ・その他 () ・なし | 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 (_____) |
| | 12 診 断 方 法 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 () ・血清IgM抗体の検出 ・ペア血清でのELISA法によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペ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 ・ペ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 () |
| 13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案(※)）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 | | 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。

つ つ が 虫 病 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 1 2 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） ・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(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 ・刺し口 ・リンパ節腫脹 ・発疹 ・肺炎 ・脳炎 ・その他 () ・なし | 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 () | | | |
| | 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 () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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 |
| 14 | 診断（検案(※)）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 |
| 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。)

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） ・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(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 | | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
|--------------------|---|---|
| 1) デング熱、 2) デング出血熱 | | |
| 11 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・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/mm³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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・ペア血清での血清IgM抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペ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 ・ペ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（検案(※)）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。)

鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）

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） ・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(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 | ・発熱 ・咳 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・結膜炎 ・その他 () ・なし | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | 12 診 断 方 法 | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) |
| ・分離・同定による病原体の検出 検体 () H亜型: H5・H7・H9・その他 () N亜型: () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H5・H7・H9・その他 () N亜型: () ・中和試験による血清抗体の検出 H亜型: H5・H7・H9・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () | | 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況:) 2 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 3 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 4 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 5 その他 () |
| 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（検案(※)）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。)

ニ パ ウ イ ル ス 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 1 2 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） ・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(0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 () - | | | |

| | | | |
|----|---|----------------------------------|--|
| 11 | ・発熱 ・筋肉痛 ・意識障害 ・痙攣 ・その他 () ・なし | ・嘔吐 ・ミオクローヌス ・筋緊張低下 ・脳炎 | 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 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) |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・その他 () ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ペ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 () | | |
| 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（検案(※)）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。)

日 本 紅 斑 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 1 2 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） ・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(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 | ・発熱 ・刺し口 ・DIC ・その他 () ・なし | 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 () |
| | ・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 () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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（検案(※)）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。)

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 1 2 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） ・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(0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 () - | | | |

| | | | | |
|--------|--|---|---|--|
| 11 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし | 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 () | | |
| | 12 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> ・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 () ・ペ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 ・ペ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 ・ペ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 () | 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) | | |
| 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（検案(※)）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。)

ハンタウイルス肺症候群 (HPS) 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） ・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(0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 () - | | | |

| | | |
|----|---|--|
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・咳嗽 ・消化器症状 ・頻脈 ・肺水腫 ・その他 () ・なし | 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 () _____ |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・肺組織・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・肺組織・その他 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・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（検案(※)）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。)

B ウイルス病発生届

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） ・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(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 | ・水疱性 ・潰瘍性皮膚粘膜病変 ・動物との接触部位の局所症状 ・リンパ節腫脹 ・発熱 ・筋力低下 ・麻痺 ・結膜炎 ・脳幹機能不全 ・複視 ・構語障害 ・交差性麻痺 ・知覚障害 ・脳炎 ・その他 () ・なし | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| | ・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・ 擦過部生検組織・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：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・ 擦過部生検組織・その他 () ・ELISA法(ドットプロット法を含む)による血清抗体の 検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () | 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 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・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 () |
| 12 診断方法 | | |
| 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（検案(※)）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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

鼻 疽 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 1 2 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） ・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(0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 () - | | | | |

| | | |
|----|--|--|
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・筋肉膿瘍 ・その他 () ・なし | 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 () |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・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：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・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（検案(※)）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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

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 1 2 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） ・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(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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・関節痛 ・腰背部痛 ・リンパ節腫脹 ・精巣炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・肺炎 ・膝炎 ・その他 () ・なし | 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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 40 倍以上・ 抗原がカニスで 160 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（検案(※)）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。)

ベネズエラウマ脳炎発生届

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（検案）した者（死体）の種類 | | | | |
| ・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(0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 () - | | |

| | | | | | |
|----|---|----|--|---|---|
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし | 18 | <p>感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p> | | |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 (_____) ・ペ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 (_____) | 19 | <p>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</p> | | |
| 13 | 初診年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 14 | 診断（検案(※)）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。)

ヘンドラウイルス感染症発生届

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） ・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(0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 () - | | | |

| | | | |
|----|---|---------------------------------|---|
| 11 | ・発熱 ・肺炎 ・筋肉痛 ・意識障害 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし | ・嘔吐 ・呼吸障害 ・ミオクロームス ・脳炎 | 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 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) |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・その他 () ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他 () ・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ペ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 () | | |
| 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（検案(※)）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

発 し ん ち 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 1 2 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） ・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(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 | ・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 () |
| | 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 | 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 | 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。)

ボツリヌス症発生届

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（検案）した者（死体）の種類 | | | | |
| ・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(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 | | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
|---|---|---|
| 1) 食餌性(食中毒)、2) 乳児、 3) 創傷、4) 成人腸管定着、5) 不明 | | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) |
| 11 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・弛緩性麻痺 ・眼瞼下垂 ・口渇 ・筋力低下 ・その他 ()・なし | 1 経口感染(飲食物の種類・状況: _____) 2 創傷感染(創傷の部位・状況: _____) |
| 12 診断方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・検体から直接のボツリヌス毒素の検出 検体: 血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液 ・その他 () ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるボツリヌス毒素の確認 (①毒素産生、②PCR法による毒素遺伝子) 検体: 血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液・ その他 () ・原因食品からのボツリヌス毒素の検出 原因食品 () ・ボツリヌス毒素に対する血清抗体の検出(数か月後) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () | 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) |
| 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（検案(※)）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。)

マ ラ リ ア 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） ・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(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 | | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
| 1) 三日熱、2) 四日熱、3) 卵形、4) 熱帯熱、5) その他、6) 不明 | | 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 母子感染 (ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳) 4 その他 (_____) |
| 11 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛 ・脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖 ・意識障害 ・急性腎不全 ・DIC ・肺水腫 / ARDS ・その他 (_____) ・なし | |
| 12 診断方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・血液検体の鏡検による病原体の検出 ・血液検体の PCR 法による病原体遺伝子の検出 ・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 _____) |
| 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（検案(※)）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。)

野 兎 病 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） ・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(0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 () - | | | |

| | | |
|----|---|--|
| 11 | ・悪寒 ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 ・リンパ節腫脹 ・リンパ節潰瘍 ・その他 () ・なし | 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 水系感染 (水の種類・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 | ・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・菌凝集反応による血清抗体の検出 結果：単一血清で40倍以上 ・ペア血清での抗体陽転 ・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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（検案(※)）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。)

ライム病発生届

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） ・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(0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 () - | | | |

| | | | |
|--------------|---|---|--|
| 11 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・遊走性紅斑 ・発熱 ・末梢神経症状 ・慢性萎縮性肢端皮膚炎 ・その他 () ・なし | 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 () | |
| | 12 診 断 方 法 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・ その他 () 菌種名 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・ その他 () ・Western Blot法による血清抗体の検出 ・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（検案(※)）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。)

リ ッ サ ウ イ ル ス 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） ・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(0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 () - | | | |

| | | |
|------------|---|--|
| 11 症 状 | ・咬傷周辺の知覚異常 ・疼痛 ・不穏 ・頭痛 ・発熱 ・恐水発作 ・麻痺 ・痙攣 ・異常興奮 ・その他 () ・なし | 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 ()) | |
| 12 診 断 方 法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物 ・唾液腺・脳組織・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：唾液・髄液・脳組織・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 14 診断（検案(※)）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 | 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。)

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。

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） ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0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 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 () | 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 | 19 | |
| 14 | 診断（検案(※)）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。)

類 鼻 疽 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 1 2 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） ・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(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 | ・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・筋肉膿瘍 ・リンパ節膿瘍 ・その他 () ・なし | 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 水系感染 (水の種類・状況 :) 2 創傷感染 (創傷の部位・状況 :) 3 塵埃感染 (吸入物の種類・状況 :) 4 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 | ・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・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：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・その他 () ・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（検案(※)）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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

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（検案）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(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 | | 18 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 () 状 ・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（検案(※)）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。)

レプトスピラ症発生届

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） ・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(0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 () - | | | |

| | | |
|----|--|---|
| 11 | ・発熱 ・筋肉痛 ・結膜充血 ・黄疸 ・出血症状 ・蛋白尿 ・腎不全 ・その他 () ・なし | 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 水系感染 (水の種類・状況:) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 4 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 | ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・尿・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・髄液・尿・その他 () ・ペア血清での顕微鏡下凝集試験法 (MAT) による血清抗体の検出 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 血清型: () ・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（検案(※)）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。)

ロ ッ キ ー 山 紅 斑 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） ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0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 | ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・発疹 ・点状出血 ・刺し口 ・肝機能異常 ・DIC ・中枢神経症状 ・乏尿 ・ショック ・その他 () ・なし | 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 () |
| 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 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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（検案(※)）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。)