

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

和歌山市保健所長 様

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 () 月 () 日

4	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他 ()
5	<ul style="list-style-type: none"> ・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 () 	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
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。