

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)の類型
・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() 	11	感染原因・感染経路・感染地域	
症	①感染原因・感染経路(確定・推定)				
状	1 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況:)				
状	2 接触感染(接触した人・物の種類・状況:)				
状	3 その他()				
5	②感染地域(確定・推定)				
診	1 日本国内(都道府県 市区町村)				
断	2 国外(国 詳細地域)				
方	③ヒブワクチン接種歴				
法	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				
方	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				
方	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				
方	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。