

先天性風しん症候群発生届

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) ・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)

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) CRS 典型例、 2) その他	
4 症 状 ・白内障 ・先天性緑内障 ・先天性心疾患 () ・難聴 ・色素性網膜症 ・紫斑 ・脾腫 ・小頭症 ・精神発達遅滞 ・髄膜脳炎 ・X線透過性の骨病変 ・黄疸(生後24時間以内に出現) ・その他 ()	①感染原因・感染経路 1 母親の妊娠中の風しん罹患歴 ・あり(発症した妊娠週数 週) ・なし ・不明 ②母親の感染地域(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出生時の母親の年齢(歳)
5 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 咽頭拭い液・唾液・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: 咽頭拭い液・唾液・尿・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・血清赤血球凝集抑制(HI)抗体価が、移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続(出生児のHI抗体価が、月あたり1/2の低下率で低下していない) ・その他検査方法 () 検体 () 結果 ()	④母親の風しん含有ワクチン接種歴 1回目 有(歳)・無・不明 母子手帳等の記録による確認の有無 (有・無) ワクチンの種類(風しん単抗原・MR・MMR・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 母子手帳等の記録による確認の有無 (有・無) ワクチンの種類(風しん単抗原・MR・MMR・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	

(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。

この届出は診断から7日以内に行ってください