

播種性クリプトコックス症発生届

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 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) ・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)

4	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・呼吸器症状 ・皮疹 ・中枢神経系病変 ・その他 () 	<p>1 1 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 鳥類の糞などとの接触(感染源の種類:)</p> <p>2 免疫不全(基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・状況:)</p> <p>3 その他 ()</p> <p>②感染地域 (確定 ・ 推定)</p> <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>
5	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・腹水・胸水・髄液 その他 () ・病理組織学的診断(組織診断又は細胞診断で荚膜を有する酵母細胞の証明) 検体: 髄液・病理組織 その他 () ・ラテックス凝集法によるクリプトコックス荚膜抗原の検出 検体: 髄液・血液 その他 () 	
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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。)