

健感発 1113 第 1 号  
令和元年 11 月 13 日

各 

|         |
|---------|
| 都 道 府 県 |
| 保健所設置市  |
| 特 別 区   |

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長  
（ 公 印 省 略 ）

「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 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

今般、コンゴ民主共和国においてエボラ出血熱の患者の発生が増加していること等を踏まえ、検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）第 2 条に規定する感染症等について、患者が感染した地域及び期間を正確に把握し、早期かつ確実に当該地域への渡航者に対する注意喚起等を行うことができるよう、「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 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年 3 月 8 日健感発 0308001 号）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県に届け出る基準」における別記様式（以下「様式」という。）について、別添のとおり改正し、令和 2 年 1 月 1 日から適用することといたしました。

今回の改正の内容等は下記のとおりですので、貴職におかれましては、内容を御了知の上、関係機関等へ周知いただきますようお願いいたします。

## 記

### 1 改正の内容

様式における感染地域の項目に「渡航期間」を記載項目として追加することその他所要の改正を行う。

### 2 適用期日

令和 2 年 1 月 1 日

エボラ出血熱発生届

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 令和 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 ・疑似症患者 ・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 ・頭痛 ・筋肉痛<br>・腹痛 ・胸痛 ・無力症<br>・出血<br>・その他（ ）<br>・なし  | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____）<br>2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____）<br>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： _____）<br>4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： _____）<br>5 その他（ _____） |
|    | 12 診断方法<br>・分離・同定による病原体の検出<br>検体：血液・その他（ _____）<br>・ELISA 法による病原体抗原の検出<br>検体：血液・その他（ _____）<br>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br>検体：血液・その他（ _____）<br>・蛍光抗体法による血清抗体の検出（ IgM ・ IgG ）<br>・ELISA 法による血清抗体の検出（ IgM ・ IgG ）<br>・その他の方法（ _____）<br>検体（ _____）<br>結果（ _____）<br>・臨床決定（ _____） | 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）<br>2 国外（ 国 詳細地域 _____）<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可）   |
| 13 | 初診年月日 令和 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 令和 年 月 日  |  |
| 15 | 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日   |  |
| 16 | 発病年月日（*） 令和 年 月 日  |  |
| 17 | 死亡年月日（ ） 令和 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。）

# クリミア・コンゴ出血熱発生届

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 令和 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<br>・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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<br>電話（ ） -   |  |        |                 |         |  |
| 8 当該者所在地<br>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）<br>電話（ ） - |        |                 |         |  |

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| 11 症状状           | <ul style="list-style-type: none"> <li>発熱</li> <li>頭痛</li> <li>悪寒</li> <li>筋肉痛</li> <li>関節痛</li> <li>腹痛</li> <li>嘔吐</li> <li>咽頭痛</li> <li>結膜炎</li> <li>黄疸</li> <li>羞明</li> <li>知覚異常</li> <li>点状出血</li> <li>紫斑</li> <li>全身出血</li> <li>肝不全</li> <li>消化管出血</li> <li>腎不全</li> <li>その他（ ）</li> <li>なし</li> </ul> | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）<br>2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ）<br>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： ）<br>4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ）<br>5 その他（ ） |
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>分離・同定による病原体の検出<br/>検体：血液・その他（ ）</li> <li>ELISA 法による病原体抗原の検出<br/>検体：血液・その他（ ）</li> <li>検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br/>検体：血液・その他（ ）</li> <li>蛍光抗体法による血清抗体の検出（ IgM ・ IgG ）</li> <li>補体結合反応による血清抗体の検出</li> <li>その他の方法（ ）<br/>検体（ ）<br/>結果（ ）</li> <li>臨床決定（ ）</li> </ul>  | 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村 ）<br>2 国外（ 国 詳細地域 ）<br><b>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。</b><br><b>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可）</b>                                       |
| 13 初診年月日         | 令和 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  | 令和 年 月 日  |   |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日  |   |
| 16 発病年月日（*）      | 令和 年 月 日  |   |
| 17 死亡年月日（ ）      | 令和 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。)

痘 そう 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 令和 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 )

Table with 6 columns: 1 診断(検案)した者(死体)の種類, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所.

Main table with 2 columns: 11 症状, 12 診断方法, 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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, 10, 11, 17 欄は該当する番号等を で囲み、4, 12 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。)



ペ ス ト 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 令和 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<br>・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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（ ） - _____                 |                 |         |  |

|  |  |
|--|--|
| <p>11 症 状<br/>・リンパ節炎 ・敗血症 ・高熱 ・頭痛<br/>・意識障害 ・出血斑 ・気管支炎<br/>・肺炎 ・呼吸困難 ・血痰<br/>・その他（ _____ ）<br/>・なし</p> <p>12 診断方法<br/>・分離・同定による病原体の検出<br/>検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他（ _____ ）<br/>・蛍光抗体法によるエンベロープ抗原（Fraction 1 抗原）の検出<br/>検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他（ _____ ）<br/>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br/>検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他（ _____ ）<br/>・赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1 抗原)に対する血清抗体の検出（16 倍以上）<br/>・その他の方法（ _____ ）<br/>検体（ _____ ）<br/>結果（ _____ ）<br/>・臨床決定（ _____ ）</p> | <p>18 感染原因・感染経路・感染地域<br/>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br/>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____ ）<br/>2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____ ）<br/>3 その他（ _____ ）</p> <p>感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br/>1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村）<br/>2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____ ）<br/><b>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。</b><br/><b>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可）</b></p> |
| <p>13 初診年月日 _____ 令和 年 月 日</p> <p>14 診断（検案( )）年月日 _____ 令和 年 月 日</p> <p>15 感染したと推定される年月日 _____ 令和 年 月 日</p> <p>16 発病年月日（*） _____ 令和 年 月 日</p> <p>17 死亡年月日（ ） _____ 令和 年 月 日</p>  | <p>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</p>   |

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。）



# マールブルグ病発生届

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 令和 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 ・疑似症患者 ・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<br>状        | ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・皮疹<br>・粘膜疹 ・咽頭炎 ・結膜炎<br>・下痢 ・鼻口腔出血 ・消化管出血<br>・その他（ ）<br>・なし  | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）<br>2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ）<br>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： ）<br>4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ）<br>5 その他（ ） |
|    |               | 12 診断方法<br>・分離・同定による病原体の検出<br>検体：血液・その他（ ）<br>・ELISA 法による病原体抗原検出<br>検体：血液・尿・咽頭拭い液・その他（ ）<br>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br>検体：血液・尿・咽頭拭い液・その他（ ）<br>・ELISA 法による血清抗体の検出（ IgM ・IgG ）<br>・蛍光抗体法による血清抗体の検出（ IgM ・IgG ）<br>・その他の方法（ ）<br>検体（ ）<br>結果（ ）<br>・臨床決定（ ） | 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）<br>2 国外（ 国 ）<br>詳細地域（ ）<br><b>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。</b><br><b>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日</b><br><b>国外居住者については 入国日のみで可）</b>                        |
| 13 | 初診年月日         | 令和 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  | 令和 年 月 日   |   |
| 15 | 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日   |   |
| 16 | 発病年月日（*）      | 令和 年 月 日   |   |
| 17 | 死亡年月日（ ）      | 令和 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 ッ サ 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 令和 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<br>・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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<br>電話（ ） -   |      |  |                 |         |  |
| 8 当該者所在地<br>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）<br>電話（ ） - |                 |         |  |

|    |   |   |  |  |  |
|----|---|---|--|--|--|
| 11 | ・発熱 ・全身倦怠感 ・関節痛 ・咳<br>・咽頭痛 ・筋肉痛 ・心窩部痛 ・後胸部痛<br>・嘔吐 ・下痢 ・腹痛<br>・顔面浮腫・頸部浮腫 ・眼球出血 ・結膜出血<br>・消化管出血 ・心嚢炎 ・胸膜炎 ・ショック<br>・聴力障害<br>・その他（ ）<br>・なし   | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）<br>2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ）<br>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： ）<br>4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ）<br>5 その他（ ） |  |  |  |
| 12 | ・分離・同定による病原体の検出<br>検体：血液・その他（ ）<br>・ELISA 法による病原体抗原の検出<br>検体：血液・尿・咽頭拭い液・その他（ ）<br>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br>検体：血液・尿・咽頭拭い液・その他（ ）<br>・蛍光抗体法による血清抗体の検出（ IgM ・ IgG ）<br>・その他の方法（ ）<br>検体（ ）<br>結果（ ）<br>・臨床決定（ ） | 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）<br>2 国外（ 国 ）<br>詳細地域（ ）<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可）   |  |  |  |
| 13 | 初診年月日 令和 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<br>医師が必要と認める事項 |  |  |
| 14 | 診断（検案( )）年月日 令和 年 月 日   |   |  |  |  |
| 15 | 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日  |   |  |  |  |
| 16 | 発病年月日（*） 令和 年 月 日   |   |  |  |  |
| 17 | 死亡年月日（ ） 令和 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 令和 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<br>・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・日齢） | 6 当該者職業 |  |
|   | 男・女                          | 年 月 日  | 歳（ か月 日）           |         |  |
| 7 当該者住所<br>電話（ ） -  |                              |        |                    |         |  |
| 8 当該者所在地<br>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 |  | 感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ）   |
| 11 症候・合併症                   | 1) ジカウイルス病の場合：<br>・発熱 ・発疹 ・頭痛<br>・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・結膜充血<br>・血小板減少 ・白血球減少 ・筋力低下<br>・弛緩性麻痺 ・反射消失を伴う運動麻痺<br>・その他（ ）<br>・なし   | 1 動物・蚊・昆虫等からの感染<br>(動物・蚊・昆虫等の種類・状況： )  |
|                             | 2) 先天性ジカウイルス感染症の場合：<br>・小頭症 ・頭蓋内石灰化 ・先天奇形<br>・聴覚障害 ・視力障害 ・精神発達遅滞<br>・脾腫大 ・肝腫大<br>・その他（ ）<br>・なし  | 2 感染母体からの経胎盤感染<br>母親の妊娠中のジカウイルス感染症罹患歴<br>ア) 妊娠中に診断（診断時の妊娠週数： 週）<br>羊水検査実施の有無： a) あり b) なし<br>羊水検査結果： a) 陽性 b) 陰性 c) 判定保留<br>イ) 出産後に診断 ウ) 判定保留 エ) 陰性<br>オ) その他（ ） |
| 12 診断方法                     | ・分離・同定による病原体の検出<br>検体：血液・尿・臍帯・臍帯血・胎盤・髄液・その他（ ）<br>方法：ウイルス分離・免疫組織化学染色・その他（ ）<br>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br>検体：血液・尿・髄液・臍帯・臍帯血・胎盤・その他（ ）<br>・IgM 抗体の検出<br>検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他（ ）<br>結果：陽転化・抗体価の有意な上昇<br>他のフラビウイルス属ウイルスの IgM 抗体の確認の有無：<br>あり（病原体： ）・なし | 3 経産道感染  |
|                             | ・中和抗体の検出<br>検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他（ ）<br>結果：陽転化・抗体価の有意な上昇<br>・その他の方法（ ）<br>検体（ ）<br>結果（ ）  | 4 輸血<br>5 性的接触<br>ア) 異性間 イ) 同性間 ウ) 不明<br>6 その他（ ）  |
| 13 初診年月日                    | 令和 年 月 日   | 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）  |
| 14 診断（検案（ ））年月日             | 令和 年 月 日   | 1 日本国内（ 都道府県 市区町村）   |
| 15 感染したと推定される年月日            | 令和 年 月 日   | 2 国外（ 国<br>詳細地域 )<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可）  |
| 16 発病年月日（*）                 | 令和 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<br>医師が必要と認める事項  |
| 17 死亡年月日（ ）                 | 令和 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 令和 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（ ） -                       |        |                 |         |  |

|                  |   |   |   |
|------------------|---|---|---|
| 症<br>状           | ・発熱<br>・関節の炎症、腫脹<br>・筋肉痛<br>・血小板減少<br>・劇症肝炎<br>・その他（ ）<br>・なし | ・関節痛<br>・全身倦怠感<br>・リンパ節腫脹<br>・白血球減少<br>・神経症状  | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：<br>）<br>2 その他（ ） |
|                  | 診<br>断<br>方<br>法  | 12 ・分離・同定による病原体の検出<br>検体：血液・その他（ ）<br>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br>検体：血液・その他（ ）<br>・血清 IgM 抗体の検出<br>・ペア血清での ELISA 法による IgG 抗体の検出<br>結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇<br>・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出<br>結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇<br>・ペア血清での中和抗体の検出<br>結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇<br>・その他の方法（ ）<br>検体（ ）<br>結果（ ） |   |
| 13 初診年月日         |   | 令和 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<br>医師が必要と認める事項   |
| 14 診断（検案（ ））年月日  | 令和 年 月 日  |   |   |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日  |   |   |
| 16 発病年月日（*）      | 令和 年 月 日  |   |   |
| 17 死亡年月日（ ）      | 令和 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

中東呼吸器症候群 (MERS) 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 令和 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<br>・患者 (確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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<br>男・女                               | 4 生年月日<br>年 月 日 | 5 診断時の年齢 (0歳は月齢)<br>歳 ( 月 ) | 6 当該者職業 |  |
| 7 当該者住所<br>電話 ( ) -   |   |                 |                             |         |  |
| 8 当該者所在地<br>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)<br>電話 ( ) - |                 |                             |         |  |

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| 11 症状              | ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢<br>・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群<br>・その他 ( )<br>・なし   | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路 ( 確定・推定 )<br>1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況: )<br>2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況: )<br>3 ヒトコブラクダその他の動物からの感染 (動物の種類・状況: )<br>4 その他 ( )<br>感染地域 ( 確定 ・ 推定 )<br>1 日本国内 ( 都道府県 市区町村 )<br>2 国外 ( 国 詳細地域 )<br><b>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br/>渡航期間 (出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br/>国外居住者については 入国日のみで可)</b> |
|                    | 12 診断方法<br>・分離・同定による病原体の検出<br>検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他: )<br>・検体から直接の PCR法による病原体の遺伝子の検出<br>検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他: ) |   |
| 13 初診年月日           | 令和 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 | 令和 年 月 日   |   |
| 15 感染したと推定される年月日   | 令和 年 月 日   |   |
| 16 発病年月日 ( * )     | 令和 年 月 日   |   |
| 17 死亡年月日 ( )       | 令和 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 及び 18 欄においては該当する番号等を で囲み、4, 5 及び 13 から 17 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。11 及び 12 欄においては、該当するもの全てを記載すること。)

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 令和 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 )

Table with 6 columns: 1 診断(検案)した者(死体)の類型, 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, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 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), 11 電話

Table with 2 main columns: 病型 (1)デング熱, 2)デング出血熱 and 18 感染原因・感染経路・感染地域. Includes detailed medical symptoms and infection details.

(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

# 鳥インフルエンザ（H5N1）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 令和 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<br>・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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<br>男・女                              | 4 生年月日<br>年 月 日 | 5 診断時の年齢（0歳は月齢）<br>歳（ か月） | 6 当該者職業 |  |
| 7 当該者住所<br>電話（ ） -   |  |                 |                           |         |  |
| 8 当該者所在地<br>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）<br>電話（ ） - |                 |                           |         |  |

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| 11 症状            | ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢<br>・重篤な肺炎 ・多臓器不全<br>・その他（ ）<br>・なし  | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ）<br>2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）  |
|                  | 12 診断方法<br>・分離・同定による病原体の検出<br>検体（ ）<br>HN亜型：H5N1<br>・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>検体（ ）<br>H亜型：H5 N亜型：（ ） | 3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ）<br>4 その他（ ）<br>感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）<br>2 国外（ 国 詳細地域 ）<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可） |
| 13 初診年月日         | 令和 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  | 令和 年 月 日  |  |
| 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日  |  |
| 16 発病年月日（*）      | 令和 年 月 日  |  |
| 17 死亡年月日（ ）      | 令和 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（H7N9）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 令和 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<br>・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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<br>電話（ ） -   |      |                               |                 |         |  |
| 8 当該者所在地<br>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 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢<br>・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群<br>・脳症<br>・その他（ ）<br>・なし                              | 18 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____）<br>2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____）<br>3 鳥（鶏、あひる、鳩等）又はその他の動物からの感染（鳥や動物の種類・状況： _____）<br>4 その他（ _____）<br>感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村）<br>2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____）<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可） |                                      |  |  |
| 12 | ・分離・同定による病原体の検出<br>検体（ _____ ）<br>H N亜型：H7N9<br>・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>検体（ _____ ）<br>H亜型：H7 N亜型：( ) |   |                                      |  |  |
| 13 | 初診年月日 令和 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 令和 年 月 日   |   |                                      |  |  |
| 15 | 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日  |   |                                      |  |  |
| 16 | 発病年月日（*） 令和 年 月 日   |   |                                      |  |  |
| 17 | 死亡年月日（ ） 令和 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 令和 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<br>・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<br>電話（ ） -  |      |  |                 |         |  |
| 8 当該者所在地<br>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）<br>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<br>11 症 状<br>・発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛<br>・脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖<br>・意識障害 ・急性腎不全 ・DIC<br>・肺水腫 /ARDS<br>・その他( )<br>・なし | 感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：<br>)<br>2 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：<br>)<br>3 母子感染（ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳）<br>4 その他( )<br>)<br>感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）<br>2 国外（ 国 )<br>詳細地域 )<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可） |
| 12 診断方法<br>・血液検体の鏡検による病原体の検出<br>・血液検体のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>・その他の方法( )<br>検体( )<br>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 令和 年 月 日  |  |
| 14 診断（検案( )）年月日 令和 年 月 日   |  |
| 15 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日  |  |
| 16 発病年月日（*） 令和 年 月 日   |  |
| 17 死亡年月日（ ） 令和 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。）

侵襲性髄膜炎菌感染症発生届

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 令和 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 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<br>状        | ・頭痛<br>・嘔吐<br>・意識障害<br>・点状出血<br>・髄膜炎<br>・多臓器不全  | ・発熱<br>・発疹<br>・項部硬直<br>・ショック<br>・菌血症<br>・その他（ ） | ・全身倦怠感<br>・痙攣<br>・大泉門膨隆<br>・DIC<br>・関節炎 | 18 | 感染原因・感染経路・感染地域 | 感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____）<br>2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____）<br>3 その他（ _____） | 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村）<br>2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____）<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可） | 共同生活の有無（ 有 ・ 無 ）<br>1 学生寮<br>2 社員寮<br>3 その他（ _____） |  |
|    |               | ・分離・同定による病原体の検出<br>検体：髄液・血液・その他（ _____）<br>血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他（ _____）<br>・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>検体：髄液・血液・その他（ _____）<br>血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他（ _____）<br>・その他の検査方法（ _____）<br>検体（ _____）<br>結果（ _____） | 髄膜炎菌ワクチン接種歴（有・無・不明）                             |   |    |                |   |  |   |  |
| 13 | 初診年月日         | 令和  | 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  | 令和  | 年   | 月                                       | 日  |                |   |  |   |  |
| 15 | 感染したと推定される年月日 | 令和  | 年   | 月                                       | 日  |                |   |  |   |  |
| 16 | 発病年月日（*）      | 令和  | 年   | 月                                       | 日  |                |   |  |   |  |
| 17 | 死亡年月日（ ）      | 令和  | 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。）

水痘（入院例に限る。）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 令和 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<br>・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体 | 2 性別<br>男 ・ 女 | 3 診断時の年齢（0歳は月齢）<br>歳（ か月） |
|---|---------------|---------------------------|

| 病 型     |  | その他の検査方法（<br>検体（<br>検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ）<br>・臨床決定（<br>）  |
|---------|--|--|
| 1)検査診断例 | 2)臨床診断例  |  |
| 4       | ・発熱 ・発疹 ・肺炎 ・気管支炎 ・熱性痙攣<br>・肝炎 ・膿痂疹 ・蜂窩織炎 ・敗血症<br>・脳炎 ・髄膜炎 ・小脳炎 ・小脳失調<br>・急性呼吸窮迫症候群(ARDS) ・急性散在性脳脊髄炎(ADEM)<br>・根神経炎 ・急性腎不全 ・小腸穿孔 ・心膜炎<br>・播種性血管内凝固症候群(DIC) ・多臓器不全<br>・内臓播種性水痘 ・妊婦水痘 ・免疫不全<br>・他疾患入院中の発症<br>・後遺症( ) ・その他( )   | 6 初診年月日 令和 年 月 日<br>7 診断（検案( )）年月日 令和 年 月 日<br>8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日<br>9 発病年月日(＊) 令和 年 月 日<br>10 死亡年月日( ) 令和 年 月 日<br>11 感染原因・感染経路・感染地域<br>感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 飛沫・飛沫核感染(感染源となった水痘患者・带状疱疹患者・<br>状況： )<br>2 接触感染(感染源となった水痘患者・带状疱疹患者・<br>物の種類・状況： )<br>3 院内感染(感染伝播の状況：<br>(入院していた理由(疾患名) ) )<br>4 その他( )<br>感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内( 都道府県 市区町村)<br>2 国外( 国 )<br>詳細地域 ( )<br>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日<br>国外居住者については 入国日のみで可)<br>水痘ワクチン接種歴<br>1回目 有( 歳) ・ 無 ・ 不明<br>接種年月日( S・H・R 年 月 日 ・不明)<br>製造会社/L o t 番号( / ・不明)<br>2回目 有( 歳) ・ 無 ・ 不明<br>接種年月日( S・H・R 年 月 日 ・不明)<br>製造会社/L o t 番号( / ・不明) |
| 5       | ・分離・同定による病原体の検出<br>検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・<br>髄液・その他( )<br>検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 )<br>・蛍光抗体法による抗原の検出<br>検体：水疱内容液・水疱基底部分拭い液(水疱内剥離感染<br>細胞) ・その他( )<br>検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 )<br>・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・<br>髄液・痂皮・その他( )<br>検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 )<br>・血清IgM抗体の検出<br>検体採取日( 月 日 )<br>結果( 陽性・陰性・判定保留 )<br>抗体価：( )<br>・ペア血清での抗体の検出<br>検体採取日( 1回目 月 日 2回目 月 日 )<br>抗体価 ( 1回目 2回目 )<br>結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇<br>検査方法：EIA ・ IAHA ・ NT ・ CF ・ その他( ) |  |

(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。)

この届出は診断から7日以内に行ってください

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、風しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5 - 2 2

## 風 し ん 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 令和 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） ・感染症死亡者の死体 |                              |        |                 |         |  |
| 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  |  | 13 感染原因・感染経路・感染地域  |
|--|--|--|
| 1)風しん（検査診断例） 2)風しん（臨床診断例）  |  | 感染原因・感染経路（確定・推定）   |
| 11 症状  | ・発熱（月日出現） ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血<br>・発疹（月日出現） ・リンパ節腫脹<br>・関節痛・関節炎 ・血小板減少性紫斑病<br>・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします）<br>・その他（ ） | 1 飛沫感染（感染源となった風しん患者・状況： ）<br>2 接触感染（感染源となった風しん患者・物の種類・状況： ）<br>3 その他（ ）  |
|  | 12 診断方法  | 感染地域（確定・推定）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）<br>2 国外（ 国 ）<br>詳細地域（ ）<br><b>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。</b><br><b>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日</b><br><b>国外居住者については 入国日のみで可）</b><br>風しん含有ワクチン接種歴<br>1回目 有（ 歳）・無・不明<br>ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明）<br>接種年月日（ S・H・R 年 月 日・不明）<br>製造会社/Lot番号（ / ・不明）<br>2回目 有（ 歳）・無・不明<br>ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明）<br>接種年月日（ S・H・R 年 月 日・不明）<br>製造会社/Lot番号（ / ・不明） |
| (ア) 分離・同定による病原体の検出<br>検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ）<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ 陽性・陰性 ）<br>遺伝子型：（ ）                                      |  | 14 初診年月日 令和 年 月 日  |
| (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ）<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ 陽性・陰性 ）<br>遺伝子型：（ ）                             |  | 15 診断（検案（ ））年月日 令和 年 月 日   |
| (ウ) 血清IgM抗体の検出<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ 陽性・陰性・判定保留 ）<br>抗体価：（ ）  |  | 16 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日  |
| (エ) ペア血清での抗体の検出<br>検体採取日（1回目 月 日 2回目 月 日）<br>抗体価（1回目 2回目）(単位 )<br>結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇<br>検査方法： HI・EIA・ELFA・LTI・CLEIA・LA<br>その他（ ） |  | 17 発病年月日（*） 令和 年 月 日   |
| (オ) その他の検査方法（ ）<br>検体（ ）<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ ）  |  | 18 死亡年月日（ ） 令和 年 月 日   |
| (カ) 臨床決定（ ）  |  | 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必要と認める事項<br>・妊娠の有無(女性のみ)<br>有（ 週）・無・不明   |

この届出は診断後直ちに行ってください

（病型、1、3、11から13、19欄は該当する番号等を で囲み、4、5、14から18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、19欄は、該当するものすべてを記載すること。）

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5 - 2 3

## 麻 し ん 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 令和 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） ・感染症死亡者の死体 |                              |        |                 |         |  |
| 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  | 13 感染原因・感染経路・感染地域   |
|--|---|
| 1)麻しん（検査診断例） 2)麻しん（臨床診断例）<br>3)修飾麻しん（検査診断例）  | 感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 飛沫・飛沫核感染（感染源となった麻疹患者・状況：（ ））<br>2 接触感染（感染源となった麻疹患者・物の種類・状況：（ ））<br>3 その他（ ）   |
| 11 症状<br>・発熱（ 月 日出現 ） ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血<br>・眼脂 ・コプリック斑 ・発疹（ 月 日出現 ）<br>・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ<br>・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（ ）  | 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ 都道府県 市区町村 ）<br>2 国外（ 国 ）<br>詳細地域（ ）<br><b>複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。</b><br><b>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日）</b><br><b>国外居住者については 入国日のみで可）</b>  |
| 12 診断方法<br>陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。<br>(ア) 分離・同定による病原体の検出<br>検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ）<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ 陽性・陰性 ）<br>遺伝子型：（ ）<br>(イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ）<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ 陽性・陰性 ）<br>遺伝子型：（ ）<br>(ウ) 血清IgM抗体の検出<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ 陽性・陰性・判定保留 ）<br>抗体価：（ ）<br>(エ) ペア血清での抗体の検出<br>検体採取日（ 1回目 月 日 2回目 月 日 ）<br>抗体価（ 1回目 2回目 ）<br>結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇<br>検査方法： EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他（ ）<br>(オ) その他の検査方法（ ）<br>検体（ ）<br>検体採取日（ 月 日 ）<br>結果（ ）<br>(カ) 臨床決定（ ） | 麻疹含有ワクチン接種歴<br>1回目 有（ 歳 ）・ 無 ・ 不明<br>ワクチンの種類（麻疹単抗原・MR・MMR・不明）<br>接種年月日（ S・H・R 年 月 日 ・不明）<br>製造会社/Lot番号（ / ・不明）<br>2回目 有（ 歳 ）・ 無 ・ 不明<br>ワクチンの種類（麻疹単抗原・MR・MMR・不明）<br>接種年月日（ S・H・R 年 月 日 ・不明）<br>製造会社/Lot番号（ / ・不明） |
|  | 14 初診年月日 令和 年 月 日<br>15 診断（検案（ ））年月日 令和 年 月 日<br>16 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日<br>17 発病年月日（*） 令和 年 月 日<br>18 死亡年月日（ ） 令和 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 から 13 欄は該当する番号等を で囲み、4, 5, 14 から 18 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。）