別記様式５－１１

侵 襲 性 イ ン フ ル エ ン ザ 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

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） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４  症  状 | ・頭痛　　　　　・発熱　　　 　 ・嘔吐  ・痙攣　　　　　・意識障害　　　・項部硬直  ・大泉門膨隆　　・ショック　　　・髄膜炎  ・肺炎　　　　　・菌血症　　　　・関節炎  ・脳膿瘍　　　　・喉頭蓋炎  ・多臓器不全　　・その他（　　　　　　　　） | １１　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（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  この届出は診断から７日以内に行ってください  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･R　　　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･R　　　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･R　　　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･R　　　年　　　月　　　日　　・不明）  　　製造会社/Ｌｏｔ番号（　　　　　　/　　　　　　・不明） |
| ５  診断方法 | ・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６　初診年月日　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  ７　診断（検案(※)）年月日　　　令和　　年　　月　　日  ８　感染したと推定される年月日　令和　　年　　月　　日  ９　発病年月日（＊）　　　　　　令和　　年　　月　　日  10　死亡年月日（※）　　　　　　令和　　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。）