別記様式５－１２

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

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　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（　　　）　　－ | | | | |

この届出は診断後直ちに行ってください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11  症  状 | ・頭痛　　　　　・発熱　　　 　・全身倦怠感  ・嘔吐　　　　　・発疹　　　　 ・痙攣  ・意識障害　　　・項部硬直　 　・大泉門膨隆  ・点状出血　　　・ショック　 　・ＤＩＣ  ・髄膜炎　　　　・菌血症　　　 ・関節炎  ・多臓器不全　　・その他（　　　　　　　　） | 18　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（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  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　　　　　　　　　　　　　　　）  ※　複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。  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）  ③共同生活の有無（　有　・　無　）  １　学生寮  ２　社員寮  ３　その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  ④髄膜炎菌ワクチン接種歴（有・無・不明） |
| 12  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（　　　　　　　　　）  血清群：未実施・Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｙ群・  Ｗ-135群・その他（　　　　　　　　）  ・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（　　　　　　　　　）  血清群：未実施・Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｙ群・  Ｗ-135群・その他（　　　　　）  ・その他の検査方法（　　　　　　　　　　　　　　）  　　検体（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　結果（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | | 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 |
|  |

（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。）