別記様式５－１７

播種性クリプトコックス症発生届

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　　　 　 ・意識障害  ・痙攣　　　　　・麻痺　　　　　・項部硬直  ・呼吸器症状　　・胸部異常陰影　・眼内炎  ・皮疹　　　　　・紅斑　　　　　・骨病変  ・中枢神経系病変　　　　　　　　・真菌血症  ・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　鳥類の糞などとの接触（感染源の種類：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・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　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５  診断方法 | ・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莢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莢膜抗原の検出  　　検体：髄液・血液  その他（　　　　　　　　） |
| 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。）