

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 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 ( 月 )

4 症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛</li> <li>・発熱</li> <li>・嘔吐</li> <li>・痙攣</li> <li>・意識障害</li> <li>・項部硬直</li> <li>・大泉門膨隆</li> <li>・ショック</li> <li>・髄膜炎</li> <li>・肺炎</li> <li>・菌血症</li> <li>・関節炎</li> <li>・脳膿瘍</li> <li>・喉頭蓋炎</li> <li>・多臓器不全</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	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 ) <ul style="list-style-type: none"> <li>1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況: )</li> <li>2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況: )</li> <li>3 その他 ( )</li> </ul> ②感染地域 ( 確定 ・ 推定 ) <ul style="list-style-type: none"> <li>1 日本国内 ( 都道府県 市区町村)</li> <li>2 国外 ( 国 )</li> </ul> ③ヒブワクチン接種歴 <ul style="list-style-type: none"> <li>1回目 有 ( 歳 ) ・無・不明 接種年月日 ( S ・ H 年 月 日 ) ・不明 製造会社 / Lot 番号 ( / ) ・不明</li> <li>2回目 有 ( 歳 ) ・無・不明 接種年月日 ( S ・ H 年 月 日 ) ・不明 製造会社 / Lot 番号 ( / ) ・不明</li> <li>3回目 有 ( 歳 ) ・無・不明 接種年月日 ( S ・ H 年 月 日 ) ・不明 製造会社 / Lot 番号 ( / ) ・不明</li> <li>4回目 有 ( 歳 ) ・無・不明 接種年月日 ( S ・ H 年 月 日 ) ・不明 製造会社 / Lot 番号 ( / ) ・不明</li> </ul>
	5 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出 検体: 髄液・血液・その他 ( )</li> <li>血清型: 未実施・b群・その他 ( 型 )</li> <li>・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 ( )</li> <li>血清型: 未実施・b群・その他 ( 型 )</li> <li>・ラテックス法による病原体抗原の検出</li> <li>・その他の検査方法 ( )</li> <li>検体 ( )</li> <li>結果 ( )</li> </ul>	
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, 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。