

百 日 咳 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	・持続する咳 ・夜間の咳き込み ・呼吸苦 ・スタッカート ・ウープ ・嘔吐 ・無呼吸発作 ・チアノーゼ ・白血球数増多 ・肺炎 ・痙攣 ・脳症（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（ _____ ）	1 2 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 家族内感染 ・母親 ・父親 ・同胞 ・祖父母 ・その他（ _____ ） ・不明 2 流行の有無 ・幼稚園 ・学校 ・職場 ・その他（ _____ ） ・不明 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 _____ ） ③百日せき含有ワクチン接種歴 1回目 有（ _____ か月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） 2回目 有（ _____ か月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） 3回目 有（ _____ か月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） 追加接種 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） その他：海外で成人用百日せき含有ワクチン（Tdap）の接種歴がある場合 接種年月日（H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）
5	・分離・同定による病原体の検出 検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰 その他（ _____ ） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日）結果（陽性・陰性） ・検体からの病原体遺伝子の検出 検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰 その他（ _____ ） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日）結果（陽性・陰性） 検査方法：PCR法・LAMP法 ・抗体の検出 抗体の種類：抗PT IgG ・ その他（ _____ ） 結果：単一血清で抗体価の高値 抗体価（ _____ ）検体採取日（ _____ 月 _____ 日） ・ペア血清で抗体価の有意上昇 検体採取日（1回目 _____ 月 _____ 日 2回目 _____ 月 _____ 日） 抗体価（1回目 _____ 2回目 _____ ） 検査方法：EIA・その他（ _____ ） ・その他の検査方法（ _____ ） 検体（ _____ ） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日） 結果（ _____ ） ・臨床決定：検査確定例（ _____ ）との接触	
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	入院年月日（入院例のみ） 平成 年 月 日	
9	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
10	発病年月日（*） 平成 年 月 日	
11	死亡年月日（※） 平成 年 月 日	

（1, 2, 4, 5, 12 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6から11 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。）