

播種性クリプトコックス症発生届

京都市長 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（検査）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	<ul style="list-style-type: none"> ・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		
		<p>①感染原因・感染経路（確定・推定）</p> <p>1 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類： ）</p> <p>2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・状況： ）</p> <p>3 その他（ ）</p> <p>②感染地域（確定・推定）</p> <p>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）</p> <p>2 国外（ 国 詳細地域 ）</p>		
5 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・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（検査）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、死亡者を検査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。）

この届出は診断から7日以内に行つてください