

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

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10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 () 日

4	・頭痛 ・発熱 ・嘔吐 ・痙攣 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門膨隆 ・ショック ・髄膜炎 ・肺炎 ・菌血症 ・関節炎 ・脳膿瘍 ・喉頭蓋炎 ・多臓器不全 ・その他()	1 1 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) ③ヒブワクチン接種歴 1回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H・R 年 月 日 ・不明) 製造会社/Lot番号(/) ・不明 2回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H・R 年 月 日 ・不明) 製造会社/Lot番号(/) ・不明 3回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H・R 年 月 日 ・不明) 製造会社/Lot番号(/) ・不明 4回目 有(歳)・無・不明 接種年月日(S・H・R 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: 髄液・血液・その他() 血清型: 未実施・b群・その他(型) ・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() 血清型: 未実施・b群・その他(型) ・ラテックス法による病原体抗原の検出 ・その他の検査方法() 検体() 結果()	
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	

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。)