

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	・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膜瘍 ・多臓器不全	・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他()	・嘔吐 ・項部硬直 ・髄膜炎 ・関節炎	11 感染原因・感染経路・感染地域					
5 診 断 方 法	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 詳細地域)				
	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)									
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

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, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。)