

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、風しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5-23

風 し ん 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(検案)した者(死体)の種類					
・患者(確定例) ・感染症死亡者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (か月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () -				

病 型	13 感染原因・感染経路・感染地域	
1) 風しん(検査診断例) 2) 風しん(臨床診断例)	①感染原因・感染経路(確定・推定)	
11 症 状	1 飛沫感染(感染源となった風しん患者・状況:)	
	2 接触感染(感染源となった風しん患者・物の種類・状況:)	
12 診 断 方 法	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 地 域)	
	※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可)	
	③風しん含有ワクチン接種歴	
	1 回目 有(歳)・無・不明 ワクチンの種類(風しん単抗原・MR・MMR・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 ワクチンの種類(風しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日(S・H・R 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号(/ ・不明)	
	14 初診年月日 令和 年 月 日	
	15 診断(検案(※))年月日 令和 年 月 日	
	16 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日	
	17 発病年月日(*) 令和 年 月 日	
18 死亡年月日(※) 令和 年 月 日		
19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要と認める事項		
・妊娠の有無(女性のみ) 有(週)・無・不明		

この届出は診断後直ちに行ってください

(病型、1、3、11から13、19欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、14から18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。
 11、12、19欄は、該当するものすべてを記載すること。