

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

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 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 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（      か月）

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                  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）
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	

（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。）

この届出は診断から7日以内に行ってください