

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、麻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。

麻 し ん 発 生 届

東京都知事（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8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)

Table with 6 columns: 1 診断(検案)した者(死体)の類型, 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. Includes rows for patient details, residence, and guardian information.

Main diagnostic table with columns for 病 型 (Disease Type) and 13 感染原因・感染経路・感染地域 (Infection Cause/Route/Area). Includes detailed fields for symptoms, lab results, and infection history.

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11 から 13 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 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

診断した医師の方へのお願い

感染症法第15条により、積極的疫学調査を実施致します(この場合、医師の守秘義務は解除されます)。しかし、迅速な感染拡大防止のため、保健所の調査前であっても、患者(又は保護者)の同意が得られた場合には、下記及び裏面調査票により情報提供をお願い致します。

Table for consent information with rows: ア. 集団生活, イ. 集団に接する職業, ウ. 集団に接する機会, エ. 日本国内での滞在期間.

保健所への裏面調査票記載の情報提供に関する患者(あるいは保護者)の同意 (有・無)

※ 迅速な感染源探索、二次感染対策に役立てるため、患者（あるいは保護者）の同意がとれた場合に、下記の事項について可能な限りご記入をお願いいたします。

1 患者の情報について記入してください。該当がない場合には「なし」に○をつけてください。

通学先・勤務先等	あり（ <input type="checkbox"/> ） なし（ <input type="checkbox"/> ）
同居者（家族・同室者等）	あり（ <input type="checkbox"/> ） なし（ <input type="checkbox"/> ）

2 感染源に関する情報（発症約2週間前に出かけた場所、会った人）

(1) 周囲に麻しんと診断された方はいましたか

いた （どなたですか ）

わからない

(2) 出かけた場所はどちらですか

- ・ 海外：渡航先
- ・ 職場や学校、保育所等：施設名
- ・ 人が多く集まる場所（クラブ活動、習い事、イベント、会食等）：名称
- ・ その他：名称

3 二次感染に関する情報（発症1日前から解熱後3日目までに出かけた場所、会った人）

- ・ 職場や学校、保育所等：施設名
- ・ 人が多く集まる場所（クラブ活動、習い事、イベント、会食等）：名称
- ・ 医療機関：名称
- ・ 救急車、タクシーなど
- ・ その他：名称