

痘 そ う 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 1 2 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)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
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 (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 () -			

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・四肢痛 ・腰痛 ・紅斑 ・丘疹 ・水疱 ・結痂 ・落屑 ・膿疱 ・疼痛 ・灼熱感 ・瘢痕 ・その他 () ・なし 	18 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) ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記入すること。 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)
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・電子顕微鏡での観察による病原体の検出 検体: 水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他 () ・分離・同定による病原体の検出 検体: 水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体: 水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体: 水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()
13 初診年月日 令和 年 月 日 14 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日 16 発病年月日 (*) 令和 年 月 日 17 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医師が必要と認める事項

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 10, 11, 17 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 13 から 17 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。)

以下の項目は、海外由来感染症の迅速な対応に役立てるため、感染症法第 15 条に基づく積極的疫学調査の一環として情報提供を求めるものです。患者の協力が得られた場合には御記入願います。
 日本国内での滞在期間：長期滞在、一時滞在（帰国予定 年 月 日）