

侵襲性髄膜炎菌感染症発生届

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 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 (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	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・髄膜炎 ・多臓器不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・項部硬直 ・ショック ・菌血症 ・その他 () 	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 詳細地域) ※ 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） ③共同生活の有無（有・無） 1 学生寮 2 社員寮 3 その他 () ④髄膜炎菌ワクチン接種歴（有・無・不明）
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他 () 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他 () ・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 () 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他 () ・その他の検査方法 () 検体 () 結果 ()		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
13	初診年月日	令和 年 月 日	19	
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		

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 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。)

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。

ア.	集団生活：無、有（園児、小・中・高・大・その他の学生、施設入所者、その他())
イ.	集団に接する職業：無、有（保育士、教師、施設職員、医療従事者、その他())
ウ.	集団に接する機会：無、有（施設での実習、ボランティア活動、その他())
エ.	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）

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 基本属性を記入してください。該当がない場合には「なし」に○をつけてください。

所属名（保育園・学校・勤務先）	あり（ <input type="checkbox"/> ） なし（ <input type="checkbox"/> ）
同居家族 ※寮、シェアハウスの場合は 施設名を記入	あり（ <input type="checkbox"/> ） なし（ <input type="checkbox"/> ）

2 感染源に関する情報（発症約7日間前に出かけた場所、会った人）

（1）周囲に侵襲性髄膜炎菌感染症の方はいましたか

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、保育園等：施設名
- ・人が多く集まる場所（クラブ、習い事、イベント等）：名称
- ・その他：名称

3 二次感染に関する情報（発症後にいた場所、接触した人）

- ・職場や学校、保育園等：施設名
- ・人が多く集まる場所（クラブ、習い事、イベント等）：名称
- ・医療機関：名称
- ・救急車、タクシーなどの交通機関：
- ・その他：名称