別記様式５－１１

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）の類型 |
| ・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症状 | ・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（　　　　　　　　） | １１　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）この届出は診断から７日以内に行ってください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診断方法 | ・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。）