

健感発0307第2号  
平成25年3月7日

各 { 都道府県  
政令市  
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長

「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

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施行規則の一部を改正する省令(平成25年3月7日厚生労働省令第23号)が平成25年3月7日公布されたところである。

また、麻しん対策について、平成24年12月14日付けで「麻しんに関する特定感染症予防指針(平成19年12月28日厚生労働省告示第442号)」が改正され、平成25年4月1日より適用されることである。これを踏まえ、届出様式において、臨床診断後に原則として検査診断を行うこととし、麻しん患者か否かを、より精緻に判断出来るように変更することとした。

このほか、E型肝炎のIgA検査等、最近の知見から診断方法として認められると判断された検査方法、検査材料等について、追加・修正することとした。

以上について、「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」(平成18年3月8日健感発第0308001号)について、別添の新旧対照表のとおり改正することとしたので、御了知の上、関係機関に周知願いたい。

なお、本改正については、平成25年4月1日から施行する。

新	旧
<p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1 全般的事項</p> <p>1 検査方法に関する留意事項 分離・同定による病原体の検出の「同定」には、生化学的性状、抗血清、PCR法（<u>LAMP法等の核酸増幅法全般をいう。以下同じ。</u>）による同定など、種々の同定方法を含む。 抗体検査による感染症の診断には、 (1) 急性期と回復期のペア血清による抗体の陽転（陰性から陽性へ転じること） (2) 急性期と回復期のペア血清による抗体価の有意上昇 (3) 急性期のIgM抗体の検出 (4) 単一血清でのIgG抗体の検出による診断もあり得るが、その場合、臨床症状等総合的な判断が必要である。 のいずれかが用いられる。 なお、「抗体価の有意上昇」とは、血清の段階希釈を実施する方法を使用した場合においてのみ利用可能であり、4倍以上の上昇を示した場合をいう。ただし、ELISA法、EIA法等、吸光度（インデックス）で判定する検査法においては、この値（4倍）を用いることはできない。</p> <p>2～3 (略)</p> <p>第2 (略)</p> <p>第3 二類感染症</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る） (1)～(2) (略)</p>	<p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1 全般的事項</p> <p>1 検査方法に関する留意事項 分離・同定による病原体の検出の「同定」には、生化学的性状、抗血清、PCR法による同定など、種々の同定方法を含む。 抗体検査による感染症の診断には、 (1) 急性期と回復期のペア血清による抗体の陽転（陰性から陽性へ転じること） (2) 急性期と回復期のペア血清による抗体価の有意上昇 (3) 急性期のIgM抗体の検出 (4) 単一血清でのIgG抗体の検出による診断もあり得るが、その場合、臨床症状等総合的な判断が必要である。 のいずれかが用いられる。 なお、「抗体価の有意上昇」とは、血清の段階希釈を実施する方法を使用した場合においてのみ利用可能であり、4倍以上の上昇を示した場合をいう。ただし、ELISA法、EIA法等、吸光度（インデックス）で判定する検査法においては、この値（4倍）を用いることはできない。</p> <p>2～3 (略)</p> <p>第2 (略)</p> <p>第3 二類感染症</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る） (1)～(2) (略)</p>

(3) 届出基準  
ア～オ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻咽頭拭い液、喀痰、尿、便
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出、又は中和試験による抗体の検出	血清

5 (略)

第4 (略)

第5 四類感染症

1 E型肝炎

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液・便
IgM抗体若しくはIgA抗体の検出	血清

10 Q熱

(1) 定義

コクシエラ科コクシエラ属の *Coxiella burnetii* の感染によって起こる感染症である。

(2)～(3) (略)

21 デング熱

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準  
ア～オ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻咽頭拭い液、喀痰、尿、便
PCR法又はLAMP法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出、又は中和試験による抗体の検出	血清

5 (略)

第4 (略)

第5 四類感染症

1 E型肝炎

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液
IgM抗体の検出	血清

10 Q熱

(1) 定義

リケッチア科コクシエラ属の *Coxiella burnetii* の感染によって起こる感染症である。

(2)～(3) (略)

21 デング熱

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準  
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
非構造蛋白抗原 (NS1) の検出	血清
I g M抗体の検出	
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

30 ブルセラ症  
(1)～(2) (略)  
(3) 届出基準  
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄、膿瘍
試験管凝集反応による抗体の検出 (抗原がアポルタスの場合 は40倍以上、カニスの場合は160倍以上の抗体価)	血清

41 レジオネラ症  
(1) (略)  
(2) 臨床的特徴

在郷軍人病 (レジオネラ肺炎) とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

なお、届出上の病型については、肺炎若しくは多臓器不全の認められるものを肺炎型とし、それ以外をポンティアック熱型とする。

(3) (略)

(3) 届出基準  
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

30 ブルセラ症  
(1)～(2) (略)  
(3) 届出基準  
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄
試験管凝集反応による抗体の検出 (抗原がアポルタスの場合 は40倍以上、カニスの場合は160倍以上の抗体価)	血清
補体結合反応による抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

41 レジオネラ症  
(1) (略)  
(2) 臨床的特徴

在郷軍人病 (レジオネラ肺炎) とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

(3) (略)

第6 五類感染症

1～8 (略)

9 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1) 定義

Haemophilus influenzaeによる侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。発症は一般に突発的であり、上気道炎や中耳炎を伴って発症することがある。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等の症状を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱や発疹を呈すが、臨床症状が特異的ではないことも多く、急速に重症化して肺炎や喉頭蓋炎並びにショックを来すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

第6 五類感染症

1～8 (略)

(新規)

## 9-1 侵襲性髄膜炎菌感染症

### (1) 定義

*Neisseria meningitidis*による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

### (2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～10日（平均4日）で、発症は突発的である。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱を呈し、重症化を来すと紫斑の出現、ショック並びにDIC（Waterhouse-Friedrichsen症候群）に進展することがある。本疾患の特徴として、点状出血が眼球結膜や口腔粘膜、皮膚に認められ、また出血斑が体幹や下肢に認められる。

世界各地に散発性又は流行性に発症し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾期に多発する。

学生寮などで共同生活を行う10代が最もリスクが高いとされているため、特に共同生活をしている例ではアウトブレイクに注意が必要である。

### (3) 届出基準

#### ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。特に、患者が学生寮などで共同生活を行っている場合には、早期の対応が望まれる。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

#### イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

## 9 髄膜炎菌性髄膜炎

### (1) 定義

*Neisseria meningitidis*による急性化膿性髄膜炎である。

### (2) 臨床的特徴

突然の発症がみられ（潜伏期は2～4日）、髄膜炎症状（頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状、乳児では大泉門膨隆）を示す。点状出血がみられることもある。敗血症例ではショック並びにDICを来し（Waterhouse-Friedrichsen症候群）、細菌性の関節炎を伴うこともある。世界各地に散発性又は流行性に発生し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾季に多発する。本邦ではまれである。

### (3) 届出基準

#### ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から髄膜炎菌性髄膜炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、髄膜炎菌性髄膜炎と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

#### イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、髄膜炎菌性髄膜炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、髄膜炎菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液



14-5 侵襲性肺炎球菌感染症

(1) 定義

Streptococcus pneumoniae による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。小児及び高齢者を中心とした発症が多く、小児と成人でその臨床的特徴が異なる。

ア 小児

成人と異なり、肺炎を伴わず、発熱のみを初期症状とした感染巣のはっきりしない菌血症例が多い。また、髄膜炎は、直接発症するものの他、肺炎球菌性の中耳炎に続いて発症することがある。

イ 成人

発熱、咳嗽、喀痰、息切れを初期症状とした菌血症を伴う肺炎が多い。髄膜炎例では、頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状等の症状を示す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(新規)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液
ラテックス法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	髄液

10～12 (略)

13 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が $16 \mu\text{g/ml}$ 以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が $16 \mu\text{g/ml}$ 以上、かつ分離菌が感染症の起原因菌であるとの判定。	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

14 バンコマイシン耐性腸球菌感染症

(1) 定義

バンコマイシンに対して耐性を示す腸球菌 (VRE) による感染症である。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が $16 \mu\text{g/ml}$ 以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体

10～12 (略)

13 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ、薬剤耐性の特性の確認 (分離菌のバンコマイシンのMIC値が $32 \mu\text{g/ml}$ 以上)	血液、通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が $32 \mu\text{g/ml}$ 以上、かつ分離菌が肺炎などの深在性、侵襲性若しくは全身感染症の起原因菌であるとの判定。	喀痰、無菌的ではない検体

14 バンコマイシン耐性腸球菌感染症

(1) 定義

バンコマイシン耐性遺伝子 (vanA, vanB, vanC) を保有する腸球菌 (VRE) による感染症である。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ、薬剤耐性の特性の確認 (分離菌のバンコマイシンのMIC値が $16 \mu\text{g/ml}$ 以上)	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常は無菌的であるべき臨床検体



分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体
---	------------------------

14-2~35 (略)

36 細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。)

(1) 定義

髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く種々の細菌感染症による髄膜炎の感染症である。

(2) ~ (5) (略)

37 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

(1) 定義

ペニシリンGに対して耐性を示す肺炎球菌による感染症である。

(2) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 μg/ml以上又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が19mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 μg/ml以上又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が19mm以下、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌からの vanA、vanB 又は vanC 遺伝子の検出	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常は無菌的であるべき臨床検体
--	---------------------------------

14-2~35 (略)

36 細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌性髄膜炎をのぞく)

(1) 定義

種々の細菌感染症による髄膜炎の感染症である。

(2) ~ (5) (略)

37 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

(1) 定義

ペニシリンGに対して耐性のある肺炎球菌による感染症である。

(2) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
菌の分離による病原体の検出 (敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、ペニシリンのMIC ≥ 0.125 μg/ml 又は、オキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が19mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
菌の分離による病原体の検出、かつ、感染症の起原菌と判定された場合 (呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、ペニシリンのMIC ≥ 0.125 μg/ml 又は、オキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が19mm以下)	喀痰、膿、尿、便、無菌的ではない検体

38 マイコプラズマ肺炎

- (1) ~ (3) (略)  
 (3) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出(迅速診断キット))	血清

39~40 (略)

41 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

- (1) ~ (3) (略)  
 (4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml以上、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml以上、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

38 マイコプラズマ肺炎

- (1) ~ (3) (略)  
 (3) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
PCR法又はLAMP法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出(迅速診断キット))	血清

39~40 (略)

41 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

- (1) ~ (3) (略)  
 (4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
菌の分離による病原体の検出(敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、オキサシリンのMIC ≧ 4 µg/ml、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
菌の分離による病原体の検出、かつ、感染症の起原菌と判定された場合(呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、オキサシリンのMIC ≧ 4 µg/ml、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下)	喀痰、膿、尿、便、無菌的ではない検体

4 2 薬剤耐性アシネトバクター感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
<p>分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合</p> <p>ア イミペネムのMIC値が<math>16 \mu\text{g/ml}</math>以上 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>13\text{mm}</math>以下</p> <p>イ アミカシンのMIC値が<math>32 \mu\text{g/ml}</math>以上 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>14\text{mm}</math>以下</p> <p>ウ シプロフロキサシンのMIC値が<math>4 \mu\text{g/ml}</math>以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>15\text{mm}</math>以下</p>	<p>血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体</p>
<p>分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ以下の3つの条件を全て満たし、かつ分離菌が感染症の起因为菌と判定された場合</p> <p>ア イミペネムのMIC値が<math>16 \mu\text{g/ml}</math>以上 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>13\text{mm}</math>以下</p> <p>イ アミカシンのMIC値が<math>32 \mu\text{g/ml}</math>以上 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>14\text{mm}</math>以下</p> <p>ウ シプロフロキサシンのMIC値が<math>4 \mu</math></p>	<p>喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体</p>

4 2 薬剤耐性アシネトバクター感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
<p>分離・同定による病原体の検出(敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。)</p> <p>ア イミペネムのMIC<math>\geq 16 \mu\text{g/ml}</math> 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>13\text{mm}</math>以下</p> <p>イ アミカシンのMIC<math>\geq 32 \mu\text{g/ml}</math> 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>14\text{mm}</math>以下</p> <p>ウ シプロフロキサシンのMIC<math>\geq 4 \mu\text{g/ml}</math> 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>15\text{mm}</math>以下)</p>	<p>血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体</p>
<p>分離・同定による病原体の検出、かつ、感染症の起因为菌と判定された場合(呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、皮膚・軟部組織感染症、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、眼炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。)</p> <p>ア イミペネムのMIC<math>\geq 16 \mu\text{g/ml}</math> 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>13\text{mm}</math>以下</p> <p>イ アミカシンのMIC<math>\geq 32 \mu\text{g/ml}</math> 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が<math>14\text{mm}</math>以下</p> <p>ウ シプロフロキサシンのMIC<math>\geq 4 \mu\text{g/ml}</math></p>	<p>喀痰、気道分泌液、口腔粘液、膿・滲出液、尿、耳漏、眼脂、無菌的ではない検体</p>

g/ml <u>以上</u> 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.5 mm 以下	
---	--

又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.5 mm 以下)	
---	--

4.3 薬剤耐性緑膿菌感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による <u>緑膿菌</u> の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が $1.6 \mu\text{g/ml}$ 以上 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.3 mm 以下 イ アミカシンのMIC値が $3.2 \mu\text{g/ml}$ 以上 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が $4 \mu\text{g/ml}$ 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.5 mm 以下	血液、腹水、胸水、髄液、 <u>その他の通常無菌的</u> であるべき検体

4.3 薬剤耐性緑膿菌感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による <u>病原体</u> の検出 ( <u>敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎</u> ) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。 ア イミペネムのMIC $\geq 1.6 \mu\text{g/ml}$ 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.3 mm 以下 イ アミカシンのMIC $\geq 3.2 \mu\text{g/ml}$ 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC $\geq 4 \mu\text{g/ml}$ 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1.5 mm 以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体

<p>分離・同定による<u>緑膿菌</u>の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、<u>分離菌が感染症の起因菌と判定された場合</u></p> <p>ア <u>イミペネムのMIC値が16 μg/ml 以上</u> 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下</p> <p>イ <u>アミカシンのMIC値が32 μg/ml 以上</u> 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下</p> <p>ウ <u>シプロフロキサシンのMIC値が4 μg/ml 以上、又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下</u></p>	<p>喀痰、膿、尿、<u>その他の通常</u> 無菌的ではない検体</p>	<p>分離・同定による病原体の検出、かつ、<u>感染症の起因菌と判定された場合</u>（呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症）及び以下の検査室での判断基準を満たすもの</p> <p>（検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。）</p> <p>ア <u>イミペネムのMIC ≥ 16 μg/ml</u> 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下</p> <p>イ <u>アミカシンのMIC ≥ 32 μg/ml</u> 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下</p> <p>ウ <u>シプロフロキサシンのMIC ≥ 4 μg/ml</u> 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下</p>	<p>喀痰、膿、尿、<u>便</u>、無菌的ではない検体</p>
<p>第7 (略)</p>	<p>第7 (略)</p>		



新

別記様式1 (略)

別記様式2-1~2-3 (略)

別記様式2-4

別記様式2-4

重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属  
SARSコロナウイルスであるものに限る）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日  
医師の氏名 印  
（署名又は記名押印のこと）  
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（※）

Table with 6 columns: 1. 診断(検査)した者(死体)の種類, 2. 当該者氏名, 3. 性別, 4. 生年月日, 5. 診断時の年齢(歳)は月齢, 6. 当該者職業, 7. 当該者住所, 8. 当該者所在地, 9. 保護者氏名, 10. 保護者住所.

Table with 2 columns: 11. 発熱・咳・全身倦怠感, 12. 診断方法, 13. 初診年月日, 14. 診断(検査)年月日, 15. 感染したと推定される年月日, 16. 発病年月日, 17. 死亡年月日. Includes detailed diagnostic methods and dates.

この届出は診断後に行ってください

(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, 年月日を入力すること。

旧

別記様式1 (略)

別記様式2-1~2-3 (略)

別記様式2-4

別記様式2-4

重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属  
SARSコロナウイルスであるものに限る）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日  
医師の氏名 印  
（署名又は記名押印のこと）  
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（※）

Table with 6 columns: 1. 診断(検査)した者(死体)の種類, 2. 当該者氏名, 3. 性別, 4. 生年月日, 5. 診断時の年齢(歳)は月齢, 6. 当該者職業, 7. 当該者住所, 8. 当該者所在地, 9. 保護者氏名, 10. 保護者住所.

Table with 2 columns: 11. 発熱・咳・全身倦怠感, 12. 診断方法, 13. 初診年月日, 14. 診断(検査)年月日, 15. 感染したと推定される年月日, 16. 発病年月日, 17. 死亡年月日. Includes detailed diagnostic methods and dates.

この届出は診断後に行ってください

(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, 年月日を入力すること。

別記様式2-5 (略)

別記様式2-5 (略)



別記様式3-1 (略)

別記様式3-2

別記様式3-2

細菌性赤痢発生届

都道府県知事(保健所設置市・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。

Header form with fields for report date, doctor name, hospital name, and address.

Table with 6 columns: 1. Patient type, 2. Name, 3. Sex, 4. Birth date, 5. Age, 6. Occupation, 7. Residence, 8. Address, 9. Guardian name, 10. Guardian residence.

Main diagnostic form with sections for symptoms (11), diagnosis methods (12), and infection details (18, 19).

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、年月日を入力すること。)

別記様式3-3~3-5 (略)

別記様式3-1 (略)

別記様式3-2

別記様式3-2

細菌性赤痢発生届

都道府県知事(保健所設置市・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。

Header form with fields for report date, doctor name, hospital name, and address.

Table with 6 columns: 1. Patient type, 2. Name, 3. Sex, 4. Birth date, 5. Age, 6. Occupation, 7. Residence, 8. Address, 9. Guardian name, 10. Guardian residence.

Main diagnostic form with sections for symptoms (11), diagnosis methods (12), and infection details (18, 19).

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、年月日を入力すること。)

別記様式3-3~3-5 (略)

別記様式 4 - 1

**E 型 肝 炎 発 生 届**

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印のこと)

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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)は月齢	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 ( か月)		
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	・発熱 ・食欲不振 ・肝機能異常 ・その他 ( ) ・なし	・全身倦怠感 ・黄疸 ・肝腫大	1 日 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 経口感染(飲食物の種類・状況: ) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ) 3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: ) 4 その他 ( )
12 診 断 方 法	・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・尿・その他( ) 遺伝子型: G1・G2・G3・G4		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 )
	・血清 IgM 抗体の検出 ・血清 IgA 抗体の検出 ・その他の方法( ) 検体 ( ) 結果 ( )		
13 初診年月日	平成 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	
14 診断(検案)(※)年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日(*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後速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。)

別記様式 4 - 1

**E 型 肝 炎 発 生 届**

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印のこと)

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) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)は月齢	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 ( か月)		
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	・発熱 ・食欲不振 ・肝機能異常 ・その他 ( ) ・なし	・全身倦怠感 ・黄疸 ・肝腫大	1 日 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 経口感染(飲食物の種類・状況: ) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ) 3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: ) 4 その他 ( )
12 診 断 方 法	・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体:血液・尿・その他( ) 遺伝子型: G1・G2・G3・G4		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 )
	・血清 IgM 抗体の検出 ・その他の方法( ) 検体 ( ) 結果 ( )		
13 初診年月日	平成 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	
14 診断(検案)(※)年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日(*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日		

この届出は診断後速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。)

別記様式 4 - 1 9

チクングニア熱発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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)

Table with 6 columns: 1 診断(検索)した者(死体)の種類, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(歳)月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

11 発熱, 関節痛, 発疹, 関節の炎症, 腫脹, 全身倦怠感, 頭痛, 筋肉痛, リンパ節腫脹, 血小球減少, 白血球減少, 神経症状
12 分離・同定による病原体の検出
13 初診年月日
14 診断(検索(※))年月日
15 感染したと推定される年月日
16 発病年月日(※)
17 死亡年月日(※)

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。

別記様式 4 - 1 9

チクングニア熱発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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)

Table with 6 columns: 1 診断(検索)した者(死体)の種類, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(歳)月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

11 発熱, 関節痛, 発疹, 関節の炎症, 腫脹, 全身倦怠感, 頭痛, 筋肉痛, リンパ節腫脹, 血小球減少, 白血球減少, 神経症状
12 分離・同定による病原体の検出
13 初診年月日
14 診断(検索(※))年月日
15 感染したと推定される年月日
16 発病年月日(※)
17 死亡年月日(※)

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。



別記様式4-21

デング熱発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 11 症状, 12 診断方法, 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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

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、死亡者を検査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。

この欄には診断後直ちに行ってください

別記様式4-21

デング熱発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 11 症状, 12 診断方法, 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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

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、死亡者を検査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。

この欄には診断後直ちに行ってください

別記様式 4 - 2 6

日本脳炎発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検索)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(歳)は月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 main columns: 11 症状, 12 診断方法. Includes sub-sections for 18 感染原因・感染経路・感染地域 and 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, 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、死亡者を検索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。)

別記様式 4 - 2 6

日本脳炎発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検索)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(歳)は月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 main columns: 11 症状, 12 診断方法. Includes sub-sections for 18 感染原因・感染経路・感染地域 and 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, 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、死亡者を検索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。)



別記様式4-30

ブルセラ症発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 3 columns: 11 症状, 12 診断方法, 13-17 初診年月日, 診断(検査)年月日, 感染したと推定される年月日, 発病年月日(\*), 死亡年月日(※). Includes 18 感染原因・感染経路・感染地域 and 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, 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、死亡者を検査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。)

別記様式4-30

ブルセラ症発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 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, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 3 columns: 11 症状, 12 診断方法, 13-17 初診年月日, 診断(検査)年月日, 感染したと推定される年月日, 発病年月日(\*), 死亡年月日(※). Includes 18 感染原因・感染経路・感染地域 and 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, 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、死亡者を検査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。)



別記様式 4-35

マラリア発生届

都道府県知事(保健所設置市・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。

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 報告年月日 平成 年 月 日  
(署名又は記名押印のこと)

診察する病院・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(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・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(歳)又は月齢	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 ( か月)		
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 ( ) -				

病 型	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱, 2) 四日熱, 3) 間熱, 4) 熱帯熱, 5) その他, 6) 不明	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ) 2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: ) 3 母子感染(ア, 胎内 イ, 出産時 ウ, 母乳) 4 その他( )
11 症 状 ・発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛 ・脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖 ・意識障害 ・急性腎不全 ・DIC ・肺水腫 / ARDS ・その他 ( ) ・なし ( )	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 )
12 診断方法 ・血液検体の顕微鏡による病原体の検出 ・血液検体のPCR法による病原体遺伝子の検出 ・その他の方法( ) 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 平成 年 月 日	
14 診断(検査(※))年月日 平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16 発病年月日(※) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※) 平成 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, 年月日を入力すること。  
 (※)欄は、死亡者を検査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。)

別記様式 4-35

マラリア発生届

都道府県知事(保健所設置市・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。

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 報告年月日 平成 年 月 日  
(署名又は記名押印のこと)

診察する病院・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(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・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(歳)又は月齢	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 ( か月)		
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 ( ) -				

病 型	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱, 2) 四日熱, 3) 間熱, 4) 熱帯熱, 5) 不明	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ) 2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: ) 3 母子感染(ア, 胎内 イ, 出産時 ウ, 母乳) 4 その他( )
11 症 状 ・発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛 ・脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖 ・意識障害 ・急性腎不全 ・DIC ・肺水腫 / ARDS ・その他 ( ) ・なし ( )	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 )
12 診断方法 ・血液検体の顕微鏡による病原体の検出 ・血液検体のPCR法による病原体遺伝子の検出 ・その他の方法( ) 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 平成 年 月 日	
14 診断(検査(※))年月日 平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16 発病年月日(※) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※) 平成 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, 年月日を入力すること。  
 (※)欄は、死亡者を検査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。)

別記様式4-40

類鼻疽発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(又は月齢), 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(\*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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

(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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式4-40

類鼻疽発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)した者(死体)の種類, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢(又は月齢), 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所

Table with 2 columns: 11 症状, 12 診断方法, 13 初診年月日, 14 診断(検査)年月日, 15 感染したと推定される年月日, 16 発病年月日(\*), 17 死亡年月日(※), 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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

(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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式 4-4 1

レジオネラ症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 報告年月日 平成 年 月 日 印 (署名又は記名押印のこと)

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)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(歳)は月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 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)

Table with 2 columns: 1) 肺炎型, 2) ポンティアック熱型, 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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, 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。)

別記様式 4-4 1

レジオネラ症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 報告年月日 平成 年 月 日 印 (署名又は記名押印のこと)

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)

Table with 6 columns: 1 診断(検査)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(歳)は月齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 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)

Table with 2 columns: 1) 肺炎型, 2) ポンティアック熱型, 18 感染原因・感染経路・感染地域, 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, 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。)



別記様式5-2

ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）発生病

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 報告年月日 平成 年 月 日
印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

1 診断(検査)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(①歳は月齢)
男 - 女 歳( か月)

病型
1) B型, 2) C型, 3) D型,
4) その他( ), 5) 不明
①感染原因・感染経路(確定・推定)
1 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状況: )
2 静注薬物常用
3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: )
4 性的接触(A.性交 B.経口)(ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明)
5 母子感染(ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳)
6 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 )

この届出は診断から7日以内に行ってください

(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, 死亡者を検査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。)

別記様式5-2

ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）発生病

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 報告年月日 平成 年 月 日
印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

1 診断(検査)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(①歳は月齢)
男 - 女 歳( か月)

病型
1) B型, 2) C型, 3) D型,
4) その他( ), 5) 不明
①感染原因・感染経路(確定・推定)
1 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状況: )
2 静注薬物常用
3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: )
4 性的接触(A.性交 B.経口)(ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明)
5 母子感染(ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳)
6 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 )

この届出は診断から7日以内に行ってください

(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, 死亡者を検査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。)

別記様式 5-3~5-5

別記様式 5-6

別記様式 5-6

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

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( 月)

4 症状
・ショック
・肝不全
・腎不全
・急性呼吸窮乏症候群
・DIC
・軟組織壊死
・全身性紅斑性発疹
・中枢神経症状
・その他
5 診断方法
・分離・同定による病原体の検出
検体：血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・壊死軟部組織・その他
血清群：A群・B群・C群・G群
その他(群)
M型/T型別：M( )型、T( )型
・その他の検査方法
検体
結果
6 初診年月日
7 診断(検案(※))年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(\*)
10 死亡年月日(※)

この欄は診断から7日以内に行ってください

(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、年月日を入力すること。
(※)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。)

別記様式 5-3~5-5

別記様式 5-6

別記様式 5-6

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
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(※)

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( 月)

4 症状
・ショック
・肝不全
・腎不全
・急性呼吸窮乏症候群
・DIC
・軟組織壊死
・全身性紅斑性発疹
・中枢神経症状
・その他
5 診断方法
・通常無菌的な部位からの分離・同定による病原体の検出
検体：血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・壊死軟部組織・その他
血清群：A群・B群・C群・G群
その他(群)
M型/T型別：M( )型、T( )型
・その他の検査方法
検体
結果
6 初診年月日
7 診断(検案(※))年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(\*)
10 死亡年月日(※)

この欄は診断から7日以内に行ってください

(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、年月日を入力すること。
(※)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。)

別記様式5-9

(新規)

**侵袭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・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。

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 報告年月日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
(署名又は記名押印のこと)

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(検査)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(①歳は月齢)
男・女	歳(  )  か月)

4 症状 ・頭痛 ・眩暈 ・大泉門隆起 ・肺炎 ・脳腫瘍 ・多臓器不全 ・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他( )	5 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 髄液・血液 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 血清型: 未実施・b群・その他( ) 型) ・その他の検査方法( ) 検体( ) 結果( )	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ヒプワクチン接種歴 1 回目 有( 歳)・無・不明 接種年月日(S・H 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 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 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 年 月 日) ・不明 製造会社/Lot番号( / ) ・不明
		6 初診年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 7 診断(検査)(※)年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 8 感染したと推定される年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 9 発病年月日(*) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 10 死亡年月日(※) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

この届出は診断から7日以内に行ってください

(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。)



侵襲性髄膜炎菌感染症については、診断を行った医師は7日以内に届出をさせていただくこととなっておりますが、患者が共同生活を行っている場合などの侵襲性髄膜炎菌感染症に対するより迅速な対応に対応するため、侵襲性髄膜炎菌感染症を診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。

別記様式5-9-1

**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・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 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）

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（検査）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 ・全身倦怠 ・嘔吐 ・発疹 ・痲疹 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門隆起 ・点状出血 ・ショック ・DIC ・髄膜炎 ・膿血症 ・関節炎 ・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 渡航期間（ ）） ③共同生活の有無（有・無） 1 学生寮 2 社員寮 3 その他（ ）
	5 分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液 血清群：未定群・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 血清群：未定群・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（ ）	
5 初診年月日	平成 年 月 日	この届出は診断から7日以内に行ってください
7 診断（検査(※)）年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日（*）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	平成 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、死亡者を検査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。

別記様式5-9

**髄膜炎菌性髄膜炎発生届**

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）

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（検査）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 ・痲疹 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門隆起 ・点状出血 ・ショック ・DIC ・関節炎 ・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 渡航期間（ ）） ③共同生活の有無（有・無） 1 学生寮 2 社員寮 3 その他（ ）
	5 分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 血清群：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（ ）	
6 初診年月日	平成 年 月 日	この届出は診断から7日以内に行ってください
7 診断（検査(※)）年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日（*）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	平成 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、死亡者を検査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。

別記様式5-9-2

**侵袭性肺炎球菌感染症発生届**

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 報告年月日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
印  
 (署名又は記名押印のこと)

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（検査）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 (①歳は月齢)
男 ・ 女	歳 ( ____ 月 ____ 日)

4 症状	・頭痛 ・全身倦怠感 ・意識障害 ・髄膜炎 ・重血症 ・発熱 ・嘔吐 ・項部硬直 ・肺炎 ・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 ( ____ ) 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肺炎球菌ワクチン接種歴 1回目 有 ( ____ 歳 ) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 ( ____ ) 価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日 ( S・H ____ 年 ____ 月 ____ 日 ) ・不明 製造会社/Lot番号 ( ____ / ____ ) ・不明 2回目 有 ( ____ 歳 ) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 ( ____ ) 価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日 ( S・H ____ 年 ____ 月 ____ 日 ) ・不明 製造会社/Lot番号 ( ____ / ____ ) ・不明 3回目 有 ( ____ 歳 ) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 ( ____ ) 価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日 ( S・H ____ 年 ____ 月 ____ 日 ) ・不明 製造会社/Lot番号 ( ____ / ____ ) ・不明 4回目 有 ( ____ 歳 ) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 ( ____ ) 価結合型・23価多糖体・不明 接種年月日 ( S・H ____ 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 血清型：未実施・( ____ )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 血清型：未実施・( ____ )型 ・病原体抗原の検出 検査法 (ラテックス法・イムノクロマト法) ・その他の検査方法 ( ____ ) 検体 ( ____ ) 結果 ( ____ )	
6 初診年月日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
7 診断（検査）年月日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
9 発病年月日 (*)	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
10 死亡年月日 (※)	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	

この届出は診断から7日以内に行うこと

(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。)

別記様式5-10~5-12 (略)

別記様式5-13

別記様式5-13

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
送呈する病院・診療所の名称
上記病院・診療所の所在地(※)
電話番号(※)

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
5 診断方法
6 初診年月日
7 診断(検案)年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(\*)
10 死亡年月日(※)

この届出は診断から7日以内に行うべきです

(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。)

別記様式5-10~5-12 (略)

別記様式5-13

別記様式5-13

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)
送呈する病院・診療所の名称
上記病院・診療所の所在地(※)
電話番号(※)

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
5 診断方法
6 初診年月日
7 診断(検案)年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日(\*)
10 死亡年月日(※)

この届出は診断から7日以内に行うべきです

(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。)



別記様式5-14

**バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届**

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日  
 医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）  
 発する病院・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（検査）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（①歳は月齢）  
 男 - 女 歳（ か月）

4 症 状	・発熱 ・心内膜炎 ・尿路感染症 ・菌血症 ・その他（ ）	・肺炎 ・膈炎 ・骨髄内感染症 ・髄膜炎 ・免疫不全	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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ） 4 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 5 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）
	5 診 断 方 法	・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上 検体：血液・膿液・胸水・髄液 その他（ ） 菌種名：（ ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（ ） 表紙部 ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上かつ分離菌が感染症の原因菌であることの判定 検体：膿液・尿・膿 その他（ ） 菌種名：（ ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（ ） 表紙部	
6 7 8 9 10	初診年月日 平成 年 月 日 診断（検査）年月日 平成 年 月 日 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 発病年月日（*） 平成 年 月 日 死亡年月日（※） 平成 年 月 日		

「①」欄は診断から7日以内に行ってください

(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。)

別記様式5-14

**バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届**

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日  
 医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）  
 発する病院・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（検査）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（①歳は月齢）  
 男 - 女 歳（ か月）

4 症 状	・発熱 ・心内膜炎 ・尿路感染症 ・菌血症 ・その他（ ）	・肺炎 ・膈炎 ・骨髄内感染症 ・髄膜炎 ・免疫不全	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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ） 4 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 5 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）
	5 診 断 方 法	・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上 検体：血液・膿液・胸水・髄液・便 その他（ ） 菌種名：（ ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC 表紙部 ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌が感染症の原因菌であることの判定 検体：血液・膿液・胸水・髄液・便 その他（ ） 菌種名：（ ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC 表紙部	
6 7 8 9 10	初診年月日 平成 年 月 日 診断（検査）年月日 平成 年 月 日 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 発病年月日（*） 平成 年 月 日 死亡年月日（※） 平成 年 月 日		

この届出は診断から7日以内に行ってください

(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。)

別記様式5-14-2 (略)

別記様式5-14-3

1. 麻しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をさせていただくこととなっておりますが、麻しんに対するより迅速な行政対応に資するため、麻しんを診断(臨床診断を含む)した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。

2. 臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体量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査し、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けますようお願いいたします。

別記様式5-14-3

麻しん発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印のこと)

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(検査)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 男 - 女	3 診断時の年齢(⑩歳は月齢) 歳( か月)
---	---------------	---------------------------

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻しん(検査診断例) 2) 麻しん(臨床診断例) 3) 修飾麻しん(検査診断例)	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染(感染源となった麻疹患者・状況: ( ) 2 接触感染(感染源となった麻疹患者・物の種類・状況: ( ) 3 その他( )
4 発熱(月 日出現)・咳・鼻汁・結膜充血・ 眼脂・コプリック斑・発疹(月 日出現)・肺炎・ 中耳炎・腫炎・クループ・脳炎(急性脳炎の届出 もお願ひします)・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 渡航期間 ( )
5 臨床結果を含め実施したもの全て記載して下さい。	③麻しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有( 歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号( / ・不明) 2 回目 有( 歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号( / ・不明)
(ア) 分離・同定による病原体の検出 検体: 咽拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断(検査(※))年月日 平成 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 9 発病年月日(※) 平成 年 月 日 10 死亡年月日(※) 平成 年 月 日
(イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 咽拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	(カ) 臨床決定( )
(ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性・判定保留 ) 抗体価: ( )	
(エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日( 1回目 月 日 2回目 月 日 ) 抗体価 ( 1回目 2回目 ) 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法: EIA・HI・NI・PA・その他( )	
(オ) その他の検査方法( ) 検体( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( )	

(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、死亡者を検査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。)

別記様式5-14-2 (略)

別記様式5-14-3

1. 麻しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をさせていただくこととなっておりますが、麻しんに対するより迅速な行政対応に資するため、麻しんを診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。

2. 臨床診断例については、届出後であっても可能な限り検査診断を実施し、その結果について最寄りの保健所に報告していただくようお願いいたします。

別記様式5-14-3

麻しん発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印のこと)

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(検査)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 男 - 女	3 診断時の年齢(⑩歳は月齢) 歳( か月)
---	---------------	---------------------------

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻しん(検査診断例) 2) 麻しん(臨床診断例) 3) 修飾麻しん(検査診断例)	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染(感染源となった麻疹患者・状況: ( ) 2 接触感染(感染源となった麻疹患者・物の種類・状況: ( ) 3 その他( )
4 発熱(月 日出現)・咳・鼻汁・結膜充血・ 眼脂・コプリック斑・発疹(月 日出現)・肺炎・ 中耳炎・腫炎・クループ・脳炎(急性脳炎の届出 もお願ひします)・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 渡航期間 ( )
5 臨床結果を含め実施したもの全て記載して下さい。	③麻しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有( 歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号( / ・不明) 2 回目 有( 歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号( / ・不明)
(ア) 分離・同定による病原体の検出 検体: 咽拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断(検査(※))年月日 平成 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 9 発病年月日(※) 平成 年 月 日 10 死亡年月日(※) 平成 年 月 日
(イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 咽拭い液・血液・髄液・尿・その他( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性 ) 遺伝子型: ( )	(カ) 臨床決定( )
(ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日( 月 日 ) 結果( 陽性・陰性・判定保留 ) 抗体価: ( )	
(エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日( 1回目 月 日 2回目 月 日 ) 抗体価 ( 1回目 2回目 ) 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法: EIA・HI・NI・PA・その他( )	
(オ) その他の検査方法( ) 検体( ) 検体採取日( 月 日 ) 結果( )	

(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、死亡者を検査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。)

別記様式 6 ~ 7 (略)

別記様式 6 ~ 7 (略)