

健感発 0507 第 1 号
令和元年 5 月 7 日

各 { 都道府県知事
保健所設置市長
特別区長 } 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

元号を改める政令の施行に伴う通知様式の改正について

元号を改める政令（平成 31 年政令第 143 号）が平成 31 年 4 月 1 日に公布され、同年 5 月 1 日から施行されたことに伴い、健康局結核感染症課関係の通知等において示している様式については、「平成」を「令和」に変更する等、改元に関して所要の様式変更が必要なところです。

つきましては、別紙の通り改元に対応した様式を作成いたしましたので、当該様式に関し御了知の上、貴管内市町村（保健所を設置する市及び特別区を除く。）に周知していただくようお願いいたします。

また、様式において「平成」を記載する必要がある場合は、適宜二重線等により適切に対応していただきますようお願いいたします。

なお、別紙において示していない様式に関しても、別紙の改正様式に準じて様式の変更等が行われたものとみなして取り扱って頂きたいことを申し添えます。

エボラ出血熱発生届

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 _____ 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 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・腹痛 ・胸痛 ・無力症 ・出血 ・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 接触感染 (接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況:) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・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)
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原の検出 検体: 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: 血液・その他 () ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・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	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 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。)

クリミア・コンゴ出血熱発生届

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 _____ 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 (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 ・頭痛 ・悪寒 ・筋肉痛 ・関節痛 ・腹痛 ・嘔吐 ・咽頭痛 ・結膜炎 ・黄疸 ・羞明 ・知覚異常 ・点状出血 ・紫斑 ・全身出血 ・肝不全 ・消化管出血 ・腎不全 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・ELISA法による病原体抗原の検出 検体：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：血液・その他 () ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 接触感染 (接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況：) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・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 ()
12 診断方法		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	
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。)

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 _____ 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	・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 ・痂痕 ・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 ()
		12 診断方法 ・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 ()	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 ()
13	初診年月日	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
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, 10, 11, 17 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 12 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。)

南 米 出 血 熱 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 _____ 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 () -			

病型	18 感染原因・感染経路・感染地域
1) アルゼンチン出血熱 2) ブラジル出血熱 3) ベネズエラ出血熱 4) ポリビア出血熱 5) その他	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 接触感染（接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： _____） 4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・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 _____）
11 症 状 ・発熱 ・悪寒 ・筋肉痛 ・背部痛 ・嘔吐 ・めまい ・出血 ・ショック ・神経症状 ・その他（ _____ ） ・なし	
12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：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：血液・その他（ _____ ） ・ELISA法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・蛍光抗体法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・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

(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

ペ ス ト 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 _____ 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 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業
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	・リンパ節炎 ・敗血症 ・高熱 ・頭痛 ・意識障害 ・出血斑 ・気管支炎 ・肺炎 ・呼吸困難 ・血痰 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・蛍光抗体法によるエンベロープ抗原(Fraction 1 抗原)の検出 検体: 血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・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: 血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他 () ・赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1 抗原)に対する血清抗体の検出(16倍以上) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	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)
13	初診年月日 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
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	

(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

マールブルグ病発生届

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 _____ 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	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・皮疹 ・粘膜疹 ・咽頭炎 ・結膜炎 ・下痢 ・鼻口腔出血 ・消化管出血 ・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 接触感染 (接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況 :) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況 :) 5 その他 ()
		12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原検出 検体：血液・尿・咽頭拭い液・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：血液・尿・咽頭拭い液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	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 ()
13	初診年月日	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
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。)

ラ ッ サ 熱 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 _____ 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	・発熱 ・全身倦怠感 ・関節痛 ・咳 ・咽頭痛 ・筋肉痛 ・心窩部痛 ・後胸部痛 ・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・顔面浮腫・頸部浮腫 ・眼球出血 ・結膜出血 ・消化管出血 ・心嚢炎 ・胸膜炎 ・ショック ・聴力障害 ・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 接触感染 (接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況 :) 4 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・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)
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原の検出 検体：血液・尿・咽頭拭い液・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：血液・尿・咽頭拭い液・その他 () ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・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	

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。)

急性灰白髄炎発生届

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 _____ 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）の種類 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業
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) 野生株由来、 2) ワクチン株由来、 3) VDPV (vaccine-derived poliovirus) 由来、 4) その他 (_____)、5) 不明	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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況: _____) 3 その他 (_____)
11 症 状 ・発熱 ・頭痛 ・胃腸症状 ・弛緩性麻痺 ・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) ③ポリオ含有ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明)
12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 便・その他 (_____) ・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 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	_____ _____

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。)

結 核 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

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 address (7, 8) and guardian (9, 10).

Main table with columns for 病型 (11, 12) and 18 感染原因・感染経路・感染地域. Includes 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. Includes date fields at the bottom (13-17).

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。)

ジフテリア発生届

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 _____ 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 ・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	・発熱 ・リンパ節腫脹 ・心筋炎 ・呼吸障害 ・その他 () ・なし	・扁桃・咽頭の偽膜形成 ・ブルネック ・神経炎 ・中耳炎
		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 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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・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 () ③ジフテリア含有ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明)	
12	診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認 検体 ()	
		・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
13	初診年月日	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
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。)

重症急性呼吸器症候群（SARS）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 _____ 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 ・筋肉痛 ・低酸素血症 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・咳 ・呼吸困難 ・下痢 ・肺炎像 	<ul style="list-style-type: none"> ・全身倦怠感 ・乾性咳嗽 ・肺炎像 	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)
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：鼻咽喉拭い液・喀痰・尿・便・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：鼻咽喉拭い液・喀痰・尿・便・その他 () ・ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・中和試験による血清抗体の検出 ・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	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	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。)

中東呼吸器症候群（MERS）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 _____ 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	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・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 ヒトコブラクダその他の動物からの感染 (動物の種類・状況 :) 4 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)
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他 :) ・検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 検体 (鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他 :)
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, 11, 12 及び 18 欄においては該当する番号等を○で囲み、4, 5 及び 13 から 17 までの欄においては年齢又は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 及び 12 欄においては、該当するもの全てを記載すること。)

鳥 イン フ ル エ ン ザ (H 5 N 1) 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 _____ 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	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・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:)
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体 () HN亜型: H5N1 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H5 N亜型: ()	3 鳥 (鶏、あひる、七面鳥、うずら等) からの感染 (鳥の種類・状況:) 4 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)
13 初診年月日	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
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。)

鳥インフルエンザ（H7N9）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 _____ 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	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・脳症 ・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 鳥 (鶏、あひる、鳩等) 又はその他の動物からの感染 (鳥や動物の種類・状況:) 4 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)
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体 () HN亜型: H7N9 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H7 N亜型: ()
13 初診年月日	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
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。)

コ レ ラ 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 _____ 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）の種類				
・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(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	・下痢・軟便 ・米とぎ汁様下痢 ・嘔吐 ・脱水 ・チアノーゼ ・体重減少 ・頻脈 ・血圧低下 ・無尿 ・虚脱 ・筋痙攣 ・胃切除歴 ・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 経口感染 (飲食物の種類・状況 :)) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況 :)) 3 その他 ())
		12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるコレラ毒素の確認 (①毒素産生 ②PCR法による毒素遺伝子) 検体：便・その他 () 血清型：O1 ・ O139 O1の抗原型：小川型 ・ 稲葉型 O1の生物型：アジア型(古典型)・エルトル型 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 ()
13 初診年月日		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
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。)

細菌性赤痢発生届

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 _____ 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）の種類				
・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(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	・発熱 ・腹痛 ・膿粘血便 ・その他 () ・なし	・下痢 ・テネスマス（しぶり腹）	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 経口感染（飲食物の種類・状況： _____) 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____) 3 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 4 その他 (_____)	
		・分離・同定による病原体の検出 検体：便 ・ その他 (_____) 菌種：dysenteriae (A群) ・ flexneri (B群) ・ boydii (C群) ・ sonnei (D群) 血清型： (_____) ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____)	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 _____)		
13	初診年月日	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		
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。

腸 管 出 血 性 大 腸 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 _____ 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(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"> ・腹痛 ・嘔吐 ・急性腎不全 ・痙攣 ・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)
	<ul style="list-style-type: none"> ・水様性下痢 ・発熱 ・溶血性尿毒症症候群(HUS) ・昏睡 ・脳症 	1 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 4 その他 ()
12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるペロ毒素の確認 (①毒素産生 ②PCR法等による毒素遺伝子) 検体: 便・その他 () ○血清群: O()・不明 H血清群: H()・不明 ペロ毒素: VT1VT2・VT1・VT2・VT(型不明) ・便でのペロ毒素の検出 (HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ペロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	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)
	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, 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。)

腸チフス発生届

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 _____ 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）の種類				
・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(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	・高熱 ・比較的徐脈 ・バラ疹 ・脾腫 ・下痢 ・便秘 ・腸出血 ・腸穿孔 ・意識障害 ・難聴 ・胆石 ・慢性胆嚢炎 ・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 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・骨髓液・便・尿・胆汁・その他 () ファージ型: () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)
13	初診年月日 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
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。)

パ ラ チ フ ス 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 _____ 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 ・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	・高熱 ・比較的徐脈 ・バラ疹 ・脾腫 ・下痢 ・便秘 ・腸出血 ・腸穿孔 ・意識障害 ・難聴 ・胆石 ・慢性胆嚢炎 ・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 経口感染 (飲食物の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 ()
		12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・骨髓液・便・尿・胆汁・その他 () ファージ型: () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 ()
		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	
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。)

E 型 肝 炎 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 _____ 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）の種類				
・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(0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	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 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・便・その他() 遺伝子型: G1 ・ G2 ・ G3 ・ G4 ・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 ()	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)
13	初診年月日	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
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。)

ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）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 _____ 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(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 () -		

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1)ウエストナイル熱、2)ウエストナイル脳炎		
11 症 状	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・発疹 ・リンパ節腫脹 ・麻痺 ・意識障害 ・痙攣 ・髄膜脳炎 ・脳炎 ・筋力低下 ・その他 () ・なし	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 その他 ()
	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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：血液・髄液・その他 () ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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
13 初診年月日	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
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。)

A 型 肝 炎 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 _____ 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 ・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	・全身倦怠感 ・食欲不振 ・肝腫大 ・その他 () ・なし	・発熱 ・黄疸 ・肝機能異常	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 経口感染 (飲食物の種類・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 性的接触 (A.性交 B.経口) (ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明) 4 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) ③A型肝炎ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明)		
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・便・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・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	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		

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。)

エ キ ノ コ ッ ク ス 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 _____ 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 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 多包条虫、 2) 単包条虫		
11 症 状	・肝腫大 ・腹痛 ・黄疸 ・貧血 ・発熱 ・腹水 ・るいそう ・肝臓の画像異常所見 ・その他 () ・なし	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 その他 ()
12 診 断 方 法	・包虫あるいは包虫の一部の検出 検体：肝臓の摘出組織・肝臓の生検組織・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 ・Western Blot 法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)
13	初診年月日 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
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。)

黄 熱 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 _____ 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 ・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 ・鼻出血 ・下血 ・乏尿 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・嘔吐 ・歯齦出血 ・蛋白尿 ・肝性昏睡 ・筋肉痛 ・黒色嘔吐 ・黄疸 	18	感染原因・感染経路・感染地域
		<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：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：血液・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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黄熱ワクチン接種歴 (有・無・不明) 	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			
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。)

オ ウ ム 病 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 _____ 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 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業
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	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 ・咳 ・粘液性痰 ・肺炎 ・呼吸困難 ・意識障害 ・DIC ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 :) 2 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果 : IgM 抗体 ・ IgG 抗体 256 倍以上 ・ペア血清での抗体陽転 ・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)
13	初診年月日 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
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。)

オムスク出血熱発生届

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 _____ 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 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・咳 ・低血圧 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし 	<p>18 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p> <p>②感染地域 (確定 ・ 推定)</p> <p>1 日本国内 (都道府県 市区町村)</p> <p>2 国外 (国 詳細地域)</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・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: 血液・髄液・その他 (_____) ・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他 (_____) ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____) 	
13	初診年月日 令和 年 月 日	<p>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</p>
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。)

回 帰 熱 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 _____ 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 ・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 ・結膜炎 ・黄疸 ・心筋炎 ・菌血症 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・咳 ・肝腫大 ・発疹 ・脳出血 	<ul style="list-style-type: none"> ・出血傾向 ・脾腫 ・肝機能異常 ・肺炎 	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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()
		12	診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () 菌種名 () ・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出 ・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・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	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 ()
13	初診年月日	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		
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。)

キ ャ サ ヌ ル 森 林 病 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 _____ 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）の種類				
・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(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 ・咳 ・低血圧 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・徐脈 ・消化器症状 ・脳炎 	<ul style="list-style-type: none"> ・筋肉痛 ・脱水 ・出血 	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 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 その他 (_____)
		12 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・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: 血液・髄液・その他 (_____) ・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他 (_____) ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____) 	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 _____)		
13	初診年月日	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		
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。)

Q 熱 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 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 _____ 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 ・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	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・全身倦怠感 ・眼球後部痛 ・間質性肺炎 ・肝機能異常 ・心内膜炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：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：血液・その他 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 64 倍以上・IgG 抗体 256 倍以上・ ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の 有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 塵埃感染 (吸入物の種類・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)
13 初診年月日	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
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。)

狂 犬 病 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 _____ 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 ・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"> ・咬傷周辺の知覚異常 ・不穏 ・恐水発作 ・異常興奮 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) () 2 その他 () ()				
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物・唾液腺・脳組織・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：唾液・髄液・脳組織・その他 () ・Fluorescent Focus Inhibition Testによる髄液抗体の検出 ・ELISA法による髄液抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	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) ()			
13	初診年月日	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
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。)

コ ク シ ジ オ イ デ ス 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 _____ 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）の種類				
・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(0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 ・胸部結節性病変 ・皮膚潰瘍・腫瘍 ・その他 () ・なし	・咳	・胸部空洞性病変	・全身播種	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他 () ・鏡検による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他 () ・免疫拡散法による抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()			①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 塵埃感染 (吸入物の種類・状況) 2 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 ()
13 初診年月日	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			
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。)

サ ル 痘 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 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 _____ 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）の種類				
・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(0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 ・頭痛 ・背部痛 ・発疹 ・局所リンパ節腫脹 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・電子顕微鏡での観察による病原体の検出（確定例からの二次感染、又は感染動物からの感染が強く疑われる場合に限る） 検体 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
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	

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。)

ジカウイルス感染症発生届

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 _____

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(0歳は月齢・日齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (月 日)	
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) ジカウイルス病、 2) 先天性ジカウイルス感染症	① 感染原因・感染経路 (確定 ・ 推定)
11 症候・合併症	1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)
1) ジカウイルス病の場合: ・発熱 ・発疹 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・結膜充血 ・血小板減少 ・白血球減少 ・筋力低下 ・弛緩性麻痺 ・反射消失を伴う運動麻痺 ・その他 (_____) ・なし	2 感染母体からの経胎盤感染 母親の妊娠中のジカウイルス感染症罹患歴 ア) 妊娠中に診断 (診断時の妊娠週数: _____ 週) 羊水検査実施の有無: a) あり b) なし 羊水検査結果: a) 陽性 b) 陰性 c) 判定保留 イ) 出産後に診断 ウ) 判定保留 エ) 陰性 オ) その他 (_____)
2) 先天性ジカウイルス感染症の場合: ・小頭症 ・頭蓋内石灰化 ・先天奇形 ・聴覚障害 ・視力障害 ・精神発達遅滞 ・脾腫大 ・肝腫大 ・その他 (_____) ・なし	3 経産道感染
12 診断方法	4 輸血
・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・尿・臍帯・臍帯血・胎盤・髄液・その他 (_____) 方法: ウイルス分離・免疫組織化学染色・その他 (_____)	5 性的接触 ア) 異性間 イ) 同性間 ウ) 不明
・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・髄液・臍帯・臍帯血・胎盤・その他 (_____)	6 その他 (_____)
・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・臍帯血血清・その他 (_____) 結果: 陽転化・抗体価の有意な上昇 他のフラビウイルス属ウイルスのIgM抗体の確認の有無: あり (病原体: _____)・なし	② 感染地域 (確定 ・ 推定)
・中和抗体の検出 検体: 血清・髄液・臍帯血血清・その他 (_____) 結果: 陽転化・抗体価の有意な上昇	1 日本国内 (_____ 都道府県 _____ 市区町村)
・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____)	2 国外 (_____ 国 _____ 詳細地域 _____)
13 初診年月日 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
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	

(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

重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTS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 _____ 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 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
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 神経症状 嘔吐 血小板減少 出血傾向 刺し口 その他 () なし 	<ul style="list-style-type: none"> 頭痛 腹痛 食欲不振 白血球減少 紫斑 	<ul style="list-style-type: none"> 筋肉痛 下痢 全身倦怠感 リンパ節腫脹 消化管出血 	18 感染原因・感染経路・感染地域	
	12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> 分離・同定による病原体の検出 検体：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：血液・その他 () ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 その他の方法 () 検体 () 結果 () 	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 接触感染（接触した人・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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： _____) 4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・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 _____)
13 初診年月日	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	
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。)

腎 症 候 性 出 血 熱 (HFRS) 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 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 _____ 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）の種類				
・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(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	・発熱 ・血圧低下 ・ショック ・点状出血 ・乏尿 ・蛋白尿 ・血尿 ・腎機能低下 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・尿・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：血液・尿・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)
13 初診年月日	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
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。)

西部ウマ脳炎発生届

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 _____ 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）の種類					
・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(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"> ・発熱 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・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 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 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 ()
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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：血液・髄液・その他 () ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・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 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		

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。)

ダニ媒介脳炎発生届

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 _____ 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）の種類				
・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(0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	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・発疹 ・麻痺 ・髄膜炎 ・その他 () ・なし 	18	<p>感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況: _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p> <p>②感染地域 (確定 ・ 推定)</p> <p>1 日本国内 (都道府県 市区町村)</p> <p>2 国外 (国 詳細地域 _____)</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・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: 血液・髄液・その他 (_____) ・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他 (_____) ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____) 	19	<p>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</p>
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	

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。)

炭 疽 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 _____ 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）の種類				
・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(0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	・皮膚病変（ニキビ、虫さされ様） ・水疱 ・黒色痂皮 ・敗血症 ・発熱 ・呼吸困難 ・チアノーゼ ・ショック ・腹痛 ・吐血 ・血性下痢 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： _____) 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____) 4 その他 (_____)
		12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体 (_____) ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 (_____) ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____)	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 _____)
13	初診年月日	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
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。)

チクングニア熱発生届

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 _____ 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 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
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 ・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 ・血小板減少 ・白血球減少 ・神経症状 ・劇症肝炎 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____) 2 その他 (_____)
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：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：血液・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・ペア血清でのELISA法によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
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, 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。

つ つ が 虫 病 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 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 _____ 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）の種類				
・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(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	・頭痛 ・発熱 ・刺し口 ・リンパ節腫脹 ・発疹 ・肺炎 ・脳炎 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) () 2 その他 () ()	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・病理組織・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：血液・病理組織・その他 () () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () () 検体 () () 結果 () ()	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)
	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, 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。)

デング熱発生届

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 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 _____ 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 (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) デング熱、 2) デング出血熱		
11	・発熱 ・2日以上続く発熱 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・発疹 ・血小板減少 ・100,000/mm ³ 以下の血小板減少 ・白血球減少 ・出血 ・ショック ・ヘマトクリットの上昇(補液なしで、同性、同年代の正常値の 20%以上の上昇) ・血清蛋白の低下 ・胸水 ・腹水 ・Tourniquet テスト陽性 ・その他 () ・なし	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 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
12	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () 血清型: () ・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・その他 () 血清型: () ・血液(血清又は全血)での非構造蛋白(NS1)の検出 ・ペア血清での血清 IgM 抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
13	初診年月日 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
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。

東 部 ウ マ 脳 炎 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 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 _____ 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 ・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 (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 ・頭痛 ・筋肉痛 ・発疹 ・リンパ節腫脹 ・麻痺 ・意識障害 ・痙攣 ・髄膜炎 ・脳炎 ・筋力低下 ・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 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 その他 ())
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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：血液・髄液・その他 () ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 ()
13 初診年月日	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
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。)

鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）

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 _____ 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 ・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 (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 ・咳 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・結膜炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診断方法	①感染原因・感染経路 (確定・推定)
・分離・同定による病原体の検出 検体 () H亜型: H5・H7・H9・その他 () N亜型: () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H5・H7・H9・その他 () N亜型: () ・中和試験による血清抗体の検出 H亜型: H5・H7・H9・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 5 その他 ()
13 初診年月日	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
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。)

ニ パ ウ イ ル ス 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 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 _____ 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 ・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	・発熱 ・筋肉痛 ・意識障害 ・痙攣 ・その他 () ・なし	・嘔吐 ・ミオクローヌス ・筋緊張低下 ・脳炎
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・その他 () ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況)		
2 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)		
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	
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。)

日 本 紅 斑 熱 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 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 _____ 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）の種類				
・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(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	・発熱 ・頭痛 ・刺し口 ・発疹 ・DIC ・肝機能異常 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：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：血液・その他 () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
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	

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。)

日 本 脳 炎 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 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 _____ 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）の種類				
・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(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 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・項部硬直 ・易興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動 	18 感染原因・感染経路・感染地域
		<ul style="list-style-type: none"> 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 その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> 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日本脳炎ワクチン接種歴 1回目 有 (歳)・無・不明 接種年月日 (S・H 年 月 日・不明) 2回目 有 (歳)・無・不明 接種年月日 (S・H 年 月 日・不明) 3回目 有 (歳)・無・不明 接種年月日 (S・H 年 月 日・不明) 4回目 有 (歳)・無・不明 接種年月日 (S・H 年 月 日・不明) 	
12	診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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：血液・髄液・その他 () ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・ペア血清での補体結合抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 		
		<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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。)

ハンタウイルス肺症候群 (HPS) 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 _____ 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）の種類				
・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(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	・発熱 ・咳嗽 ・消化器症状 ・頻脈 ・肺水腫 ・その他 () ・なし	筋肉痛	呼吸困難	頻呼吸	ショック	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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) _____ 2 その他 () _____
	12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・肺組織・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：血液・肺組織・その他 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()				
13 初診年月日	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				
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。)

B ウイルス病発生届

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 _____ 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 ・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	・水疱性 ・潰瘍性皮膚粘膜病変 ・動物との接触部位の局所症状 ・リンパ節腫脹 ・発熱 ・筋力低下 ・麻痺 ・結膜炎 ・脳幹機能不全 ・複視 ・構語障害 ・交差性麻痺 ・知覚障害 ・脳炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・擦過部生検組織・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：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・擦過部生検組織・その他 () ・ELISA法(ドットプロット法を含む)による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・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 ()
12 診断方法		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	
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	

(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

鼻 疽 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 _____ 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(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	・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・筋肉膿瘍 ・その他 () ・なし	・頭痛 ・ショック ・皮膚膿瘍 ・肺膿瘍 ・腹部臓器膿瘍
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：皮膚病変組織・膿・喀痰・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：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 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 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)
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		

(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

ブルセラ症発生届

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 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 _____ 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）の種類				
・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(0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	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・関節痛 ・腰背部痛 ・リンパ節腫脹 ・精巣炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・肺炎 ・膝炎 ・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 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 その他 ())
		12 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髄・膿瘍・その他 () 菌種名 () ・試験管凝集反応による血清抗体の検出 結果：抗原がアポルタスで 40 倍以上・ 抗原がカニスで 160 倍以上 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	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 ()
13	初診年月日	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
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。)

ベネズエラウマ脳炎発生届

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 _____ 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）の種類				
・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(0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	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・発疹 ・リンパ節腫脹 ・麻痺 ・意識障害 ・痙攣 ・髄膜炎 ・脳炎 ・筋力低下 ・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 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 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)
12	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・髄液・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: 血液・髄液・その他 (_____) ・IgM抗体の検出 検体: 血清・髄液・その他 (_____) ・ペア血清での中和抗体の検出 結果: 抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・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 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	

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。)

ヘンドラウイルス感染症発生届

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 _____ 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 ・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	・発熱 ・嘔吐 ・肺炎 ・呼吸障害 ・筋肉痛 ・ミオクロームス ・意識障害 ・脳炎 ・髄膜炎 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 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)
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・その他 () ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
13 初診年月日	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
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

発 し ん チ フ ス 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 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 _____ 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）の種類				
・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(0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 ・発疹 ・幻覚 ・意識障害 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他 ()
	・頭痛 ・点状出血 ・狂躁状態	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	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・病理組織・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：血液・病理組織・その他 () ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・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	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	

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。)

ボツリヌス症発生届

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 _____ 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）の種類				
・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(0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 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 食餌性(食中毒)、2) 乳児、 3) 創傷、4) 成人腸管定着、5) 不明		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 創傷感染（創傷の部位・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 _____
11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・弛緩性麻痺 ・複視 ・眼瞼下垂 ・嚔下困難 ・口渴 ・便秘 ・筋力低下 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし 	
12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・検体から直接のボツリヌス毒素の検出 検体：血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液 ・その他 () ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるボツリヌス毒素の確認 (①毒素産生、②PCR法による毒素遺伝子) 検体：血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液・ その他 () ・原因食品からのボツリヌス毒素の検出 原因食品 () ・ボツリヌス毒素に対する血清抗体の検出（数か月後） ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	
13 初診年月日	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
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。)

マ ラ リ ア 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 _____ 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）の種類				
・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(0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 () -			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱、2) 四日熱、3) 卵形、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（ _____） 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 _____
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	
12 診断方法	・血液検体の鏡検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（ _____）	
13 初診年月日	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
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。)

野 兎 病 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 _____ 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 ・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	・悪寒 ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 ・リンパ節腫脹 ・リンパ節潰瘍 ・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 水系感染(水の種類・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 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・菌凝集反応による血清抗体の検出 結果: 単一血清で 40 倍以上 ・ ペア血清での抗体陽転 ・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 ()
13	初診年月日 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
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。)

ライム病発生届

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 _____ 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"> ・遊走性紅斑 ・発熱 ・末梢神経症状 ・慢性萎縮性肢端皮膚炎 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()
	<ul style="list-style-type: none"> ・筋肉痛・筋肉炎 ・髄膜炎 ・循環器症状 ・慢性脳脊髄炎 	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	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・ その他 () 菌種名 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・ その他 () ・Western Blot法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	
13 初診年月日	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
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。)

リ ッ サ ウ イ ル ス 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 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 _____ 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 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業
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	・咬傷周辺の知覚異常 ・疼痛 ・不穏 ・頭痛 ・発熱 ・恐水発作 ・麻痺 ・痙攣 ・異常興奮 ・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 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 その他 ()	
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頸部の皮膚・気管吸引物 ・唾液腺・脳組織・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：唾液・髄液・脳組織・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 ()
	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, 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。)

リ フ ト バ レ ー 熱 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 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 _____ 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 ・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 (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	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 (_____) ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・項部硬直 ・易興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動 			
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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：血液・髄液・その他 (_____) ・血清での中和抗体の検出 ・ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____) 	<p>18 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 _____)</p> <p>2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況 _____)</p> <p>3 その他 (_____)</p> <p>②感染地域 (確定 ・ 推定)</p> <p>1 日本国内 (_____ 都道府県 _____ 市区町村)</p> <p>2 国外 (_____ 国 _____) 詳細地域 _____)</p>			
13	初診年月日 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		
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。)

類 鼻 疽 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 _____ 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 ・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 (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	・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・筋肉膿瘍 ・リンパ節膿瘍 ・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 水系感染 (水の種類・状況 :) 2 創傷感染 (創傷の部位・状況 :) 3 塵埃感染 (吸入物の種類・状況 :) 4 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)
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・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：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		
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

(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

レ ジ オ ネ ラ 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 _____ 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 (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) 肺炎型 2) ポンティアック熱型		①感染原因・感染経路 (確定・推定)
11	・発熱 ・咳嗽 ・呼吸困難 ・腹痛 ・下痢 ・意識障害 ・肺炎 ・多臓器不全 ・その他 () 状 ・なし	1 水系感染 (水の種類・状況:) 2 塵埃感染 (吸入物の種類・状況:) 3 その他 ()
12	・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体 () ・尿中の病原体抗原の検出 検査法 (酵素抗体法・イムノクロマト法) ・検体から直接の病原体遺伝子の検出 検査法 (PCR法・LAMP法) 検体 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以上)・ 単一血清で256倍以上 ・マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果: ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも1回は128倍以上)・ 単一血清で256倍以上 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)
13	初診年月日 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
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。)

レプトスピラ症発生届

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 _____ 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 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業
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	・発熱 ・筋肉痛 ・結膜充血 ・黄疸 ・出血症状 ・蛋白尿 ・腎不全 ・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 経口感染 (飲食物の種類・状況 :) 2 水系感染 (水の種類・状況 :) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 :) 4 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)
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・尿・その他 () 血清型：() ・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・髄液・尿・その他 () ・ペア血清での顕微鏡下凝集試験法 (MAT) による血清抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 血清型：() ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
13	初診年月日 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
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。)

ロ ッ キ ー 山 紅 斑 熱 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 _____ 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 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
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"> ・発熱 ・発疹 ・肝機能異常 ・中枢神経症状 ・その他 () ・なし 	18	<p>感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路 (確定・推定)</p> <p>1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況 ())</p> <p>2 その他 ()</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：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：血液・その他 () ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇 ・ELISA法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転 ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 	②感染地域 (確定・推定)	<p>1 日本国内 (都道府県 市区町村)</p> <p>2 国外 (国 詳細地域)</p>
13	初診年月日 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
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。)

ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）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
印

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 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
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（ _____）
4 症 状 ・全身倦怠感 ・嘔吐 ・褐色尿 ・発熱 ・肝機能異常 ・黄疸 ・劇症肝炎 ・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 1) B型肝炎 ・血清でのIgM HBc抗体の検出 （明らかなキャリアからの急性増悪は含まない） ・遺伝子型：A型・B型・C型・その他（ ）・未実施 2) C型肝炎 ・血清での抗体陰性、かつHCV RNA又はHCVコア抗原の検出 ・ペア血清での抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・遺伝子型：1型・2型・その他（ ）・未実施 3) その他の方法（ _____） 検体（ _____） 結果（ _____）	③B型肝炎ワクチン接種歴（有 ・ 無 ・ 不明）
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	

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。)

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症発生届

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

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（ か月）		
4 症 状	・尿路感染症 ・肺炎 ・腸炎 ・腹膜炎 ・髄膜炎 ・菌血症 ・敗血症 ・胆嚢炎 ・胆管炎 ・その他（ ）	1 1 感染原因・感染経路・感染地域	
	5 診 断 方 法	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 以前からの保菌（保菌部位： ） 2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ） 3 医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（ ）） 4 手術部位感染（手術手技： ） 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 ） ③90日以内の海外渡航歴（ 有 ・ 無 ） 有りの場合 1 渡航先（ 国） 2 海外での医療機関の受診歴（ 有 ・ 無 ） 有りの場合 受診した国名（ 国） 入院歴（ 有 ・ 無 ）	
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		

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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。)

1. 急性灰白髄炎との鑑別のため、診断後速やかに病原体検査のための検体を採取し、検査結果を待つことなく、出来るだけ速やかに管轄の保健所へ急性弛緩性麻痺の届出をしていただきますようお願いいたします。
 2. 届出後、病原体検査により急性灰白髄炎と診断された場合については、届出の取り下げ等にご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式5-4

急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）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 _____ 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） ・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）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域
1) 病原体（ ）		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 経口感染（飲食物の種類・状況： _____） 4 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ポリオウイルス検査の実施（有・無） ④ポリオ含有ワクチン接種歴 1 回目 有（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・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（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・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（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・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 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ / ・不明） その他：海外でポリオ含有ワクチンの接種歴がある場合（生・IPV含有ワクチン・不明） 接種年月日（H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
2) 病原体不明		
4 症状	・弛緩性麻痺 左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・呼吸筋・顔面・他（ _____） ・深部腱反射低下 ・膀胱直腸障害 ・瞳孔散大 ・筋萎縮・筋肉痛・頭痛・髄液蛋白質増加 ・髄液細胞数増加・発熱・喘鳴・咳・鼻汁 ・下痢・嘔吐・便秘・腹痛・意識障害・感覚障害 ・小脳症状・不随意運動・脊髄の画像異常所見 ・その他（ _____）	
5 診断方法	・次の①～③の全ての要件を満たすことを確認 ①15歳未満 ②急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が24時間以上消失しなかった者 ③明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙性麻痺でないこと	
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, 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, 11 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

クリプトスポリジウム症発生届

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 _____ 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（ か月）

4	・腹痛 ・下痢 ・発熱 ・免疫不全 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・状況： ） 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ） 4 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ） 5 性的接触（A.性交 B.経口） (ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明) 6 その他（ ）
5	・鏡検による病原体の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・腓液・その他（ ） ・病原体抗原の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・腓液・その他（ ） 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・すい液・その他（ ） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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
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	

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。)

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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 _____ 印
 （署名または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 _____
 上記施設の住所・電話番号* _____ （電話 _____）

（*所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

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	男 ・ 女
3 診断時の年齢	歳
4 病型	1) 孤発性プリオン病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) (b) その他 2) 遺伝性プリオン病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症(FFI) 3) 感染性プリオン病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD
5 診断方法	1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出） 部位 (1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他の臓器 方法 (1) Western Blot法 (2) 免疫染色法 異常プリオン蛋白の沈着型 (1) アミロイド型 (2) シフ型 (3) その他 2) プリオン蛋白遺伝子検査 (1) コドン () の異常 (2) コドン129の多型 (7. M/M 4. M/V 5. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E 4. E/K 5. K/K) (4) その他 () 3) 臨床症候 4) 家族歴 5) 検査 (1) 脳波(PSD) (2) 脳MRI (3) 14-3-3蛋白 (4) その他 6) その他 () (該当するものすべてに記載すること)
	6 症 状 ア. 進行性認知症 (年 月より) イ. ミオクローヌス (年 月より) ウ. 錐体路症状 (年 月より) エ. 錐体外路症状 (年 月より) オ. 小脳症状 (年 月より) カ. 視覚異常 (年 月より) キ. 無動性無言状態 (年 月より) ク. 記憶障害 (年 月より) ケ. 精神・知能障害 (年 月より) コ. 臨床的に頑固な不眠 (年 月より) サ. 異常感覚 (年 月より) シ. 痙性対麻痺 (年 月より) ス. 筋強剛 (年 月より) セ. その他 () (年 月より)
	7 初診年月日 令和 年 月 日 8 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日 9 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日 10 発病年月日(*) 令和 年 月 日 11 死亡年月日(※) 令和 年 月 日
	12 感染原因・感染経路・感染地域 （感染性プリオン病の場合のみ記載） ①感染原因・感染経路（推定される感染年月日） 1) ヒト乾燥硬膜(年 月 日) 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤(年 月 日) 3) 角膜手術(年 月 日) 4) 手術等観血的処置(年 月 日) [種類 _____] 5) 輸血等(年 月 日) 6) その他[_____](年 月 日) 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： _____)

（1、2、4から6、12欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11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、患者を診断した場合のみ記入すること）

この届出は診断から7日以内に行ってください

後天性免疫不全症候群発生届（H I V感染症を含む）

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 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 _____ 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 ・感染症死亡者の死体			
2 性別	男 ・ 女		
3 診断時の年齢	歳		
4 病名	1) 無症候性キャリア 2) A I D S 3) その他 ()		
5-1 診断方法	・抗H I V抗体スクリーニング検査 1) ELISA法 2) P A 法 3) I C 法 4) その他 () ・確認検査 1) Western Blot法 2) その他 () ・病原検査 1) H I V 抗原検査 2) ウイルス分離 3) P C R 法 4) その他 () ・1 8 か月未満の児の免疫学的所見 () (該当するもの全てに○をすること)		
	6 診断時の症状等	① 診断時の症状（無症候性キャリアの場合は記載不要） 1) 有 2) 無 ② 診断時のC D 4 値 1) C D 4 値 (/μL) 2) 検査実施日時 (年 月 日)	
	7 発病年月日 (AIDSの指標疾患(5-2)の発病日)	令和	年 月 日
	8 初診年月日	令和	年 月 日
	9 診断(検案※)年月日 (AIDSの場合は指標疾患(5-2)の診断日)	令和	年 月 日
	10 感染したと推定される年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	11 死亡年月日 ※	令和	年 月 日

5-2 A I D S と 診 断 し た 指 標 疾 患 該 当 す る 全 て に ○	1) カンジダ症（食道、気管、気管支、肺） 2) クリプトコッカス症（肺以外） 3) コクシジオイデス症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 4) ヒストプラズマ症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 5) ニューモシスティス肺炎 6) トキソプラズマ脳症（生後1か月以後） 7) クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 8) イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 9) 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの） 10) サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く） 11) 活動性結核（肺結核又は肺外結核） 12) 非結核性抗酸菌症（①全身に播種したもの ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 13) サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外） 14) 単純ヘルペスウイルス感染症（①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの） 15) 進行性多巣性白質脳症 16) カポジ肉腫 17) 原発性脳リンパ腫 18) 非ホジキンリンパ腫 19) 侵潤性子宮頸癌 20) 反復性肺炎 21) リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP／PLH complex（13歳未満） 22) HIV脳症（認知症又は亜急性脳炎） 23) HIV消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）
--	---

12 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 性的接触 （ア. 同性間 イ. 異性間 ウ. 不明） 2 静注薬物使用 3 母子感染 （ア. 胎内・出産時 イ. 母乳） 4 輸血・血液製剤 （輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： _____） 5 その他（ _____） 6 不明 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 （国名： _____ 詳細地域： _____） 3 不明	13 感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項 ① 最近数年間の主な居住地 1 日本国内（ _____ 都道府県） 2 その他（ _____） 3 不明 ② 国籍 1 日本 2 その他（ _____） 3 不明
---	---

この届出は診断から7日以内に行ってください

（1、2、4から6、12、13欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11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。）

ジアルジア症発生届

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 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 _____ 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（ か月）

4	・腹部不快感 ・下痢 ・胆管炎 ・胆嚢炎 ・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 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・状況： ） 3 性的接触（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 4 その他（ ）
5	・鏡検による病原体の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（ ） ・病原体抗原の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（ ） 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（ ） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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
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。）

この届出は診断から7日以内に行ってください

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 _____ 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） ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他（ ） 	1 1	感染原因・感染経路・感染地域	
症 状	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） <ul style="list-style-type: none"> 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（ _____) 				
5	②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） <ul style="list-style-type: none"> 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国) ③ヒブワクチン接種歴 <ul style="list-style-type: none"> 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/L o t 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/L o t 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/L o t 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/L o t 番号（ / ・不明） 				
診 断 方 法	①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） ②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） ③ラテックス法による病原体抗原の検出 ④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

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 _____ 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） ・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)
症状				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 ()
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 ()			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 ()
13	初診年月日	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
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。）

侵襲性肺炎球菌感染症発生届

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 _____ 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） ・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	・頭痛 ・発熱 ・咳 ・全身倦怠感 ・嘔吐 ・痙攣 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門膨隆 ・髄膜炎 ・肺炎 ・中耳炎 ・菌血症 ・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 ） 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・R 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・R 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・R 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・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
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・その他（ ） 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 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	

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。)

水痘（入院例に限る。）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 _____

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） ・感染症死亡者の死体	2 性別 男 ・ 女	3 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ か月）
---	---------------	---------------------------

病 型	
1) 検査診断例 2) 臨床診断例 4 症 状 ・発熱 ・発疹 ・肺炎 ・気管支炎 ・熱性痙攣 ・肝炎 ・膿痂疹 ・蜂窩織炎 ・敗血症 ・脳炎 ・髄膜脳炎 ・小脳炎 ・小脳失調 ・急性呼吸窮迫症候群（ARDS）・急性散在性脳脊髄炎（ADEM） ・根神経炎 ・急性腎不全 ・小腸穿孔 ・心膜炎 ・播種性血管内凝固症候群（DIC） ・多臓器不全 ・内臓播種性水痘 ・妊婦水痘 ・免疫不全 ・他疾患入院中の発症 ・後遺症（ ） ・その他（ ）	・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・臨床決定（ ） 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 11 感染原因・感染経路・感染地域
5 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・髄液・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・蛍光抗体法による抗原の検出 検体：水疱内容液・水疱基底部分い液（水疱内剥離感染細胞）・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・髄液・痂皮・その他（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ 陽性・陰性 ） ・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：（ ） ・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・IAHA・NT・CF・その他（ ）	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源となった水痘患者・带状疱疹患者・状況： ） 2 接触感染（感染源となった水痘患者・带状疱疹患者・物の種類・状況： ） 3 院内感染（感染伝播の状況： ） （入院していた理由（疾患名） ） 4 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 渡航期間 ） ③水痘ワクチン接種歴 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）

（1, 2, 4, 5 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

この届出は診断から7日以内に行ってください

先天性風しん症候群発生届

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

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）

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) CRS 典型例、 2) その他		
4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・白内障 ・先天性心疾患（ ） ・難聴 ・色素性網膜症 ・脾腫 ・精神発達遅滞 ・X線透過性の骨病変 ・黄疸（生後24時間以内に出現） ・その他（ ） 	①感染原因・感染経路 1 母親の妊娠中の風しん罹患歴 ・あり（発症した妊娠週数 週） ・なし ・不明 ②母親の感染地域（ 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出生時の母親の年齢（ 歳）
5 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・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：咽頭拭い液・唾液・尿・その他（ ） ・血清IgM抗体の検出 ・血清赤血球凝集抑制(HI)抗体価が、移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続（出生児のHI抗体価が、月あたり1/2の低下率で低下していない） ・その他検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ） 	④母親の風しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有（ 歳）・ 無 ・ 不明 母子手帳等の記録による確認の有無（有・無） ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・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 母子手帳等の記録による確認の有無（有・無） ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
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。）

この届出は診断から7日以内に行ってください

播種性クリプトコックス症発生届

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 _____ 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（ か月）

4	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・呼吸器症状 ・皮疹 ・中枢神経系病変 ・その他（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・麻痺 ・胸部異常陰影 ・紅斑 	<ul style="list-style-type: none"> ・意識障害 ・項部硬直 ・眼内炎 ・骨病変 ・真菌血症 	11 感染原因・感染経路・感染地域	
5	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ） ・病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で荚膜を有する酵母細胞の証明） 検体：髄液・病理組織 その他（ ） ・ラテックス凝集法によるクリプトコックス荚膜抗原の検出 検体：髄液・血液 その他（ ） 	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） <ul style="list-style-type: none"> 1 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類： _____) 2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・状況： _____) 3 その他（ _____) ②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） <ul style="list-style-type: none"> 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域) 			
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

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及び11欄においては該当する番号等を○で囲み、3及び6から10までの欄においては年齢又は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及び5欄においては、該当するもの全てを記載すること。)

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

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（ か月）

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・皮膚感染症 ・肺炎 ・腸炎 ・腹膜炎 ・骨髄炎 ・菌血症 ・免疫不全 ・その他（ ） 	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
	<ul style="list-style-type: none"> ・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が$16\mu\text{g/ml}$以上 検体：血液・腹水・胸水・髄液・その他（ ） ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が$16\mu\text{g/ml}$以上、かつ分離菌が感染症の起原菌であることの判定 検体：喀痰・尿・膿・その他（ ） 	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） <ol style="list-style-type: none"> 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 創傷感染（創傷の部位・状況： ） 6 その他（ ）
5 診断方法		②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）
6 初診年月日	令和 年 月 日	1 日本国内（ 都道府県 市区町村）
7 診断（検案（※））年月日	令和 年 月 日	2 国外（ 国 ）
8 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	詳細地域
9 発病年月日（*）	令和 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	令和 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。)

百 日 咳 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 _____ 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） ・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	・持続する咳 ・夜間の咳き込み ・呼吸苦 ・スタッカート ・ウープ ・嘔吐 ・無呼吸発作 ・チアノーゼ ・白血球数増多 ・肺炎 ・痙攣 ・脳症（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（ _____ ）	1 2 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 家族内感染 ・母親 ・父親 ・同胞 ・祖父母 ・その他（ _____ ） ・不明 2 流行の有無 ・幼稚園 ・学校 ・職場 ・その他（ _____ ） ・不明 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 _____ ） ③百日せき含有ワクチン接種歴 1回目 有（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・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（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・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（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） 追加接種 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） その他：海外で成人用百日せき含有ワクチン（Tdap）の接種歴がある場合 接種年月日（H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）
5	・分離・同定による病原体の検出 検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰 その他（ _____ ） 検体採取日（ 月 日）結果（ 陽性・陰性） ・検体からの病原体遺伝子の検出 検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰 その他（ _____ ） 検体採取日（ 月 日）結果（ 陽性・陰性） 検査方法：PCR法・LAMP法 ・抗体の検出 抗体の種類：抗PT IgG ・ その他（ _____ ） 結果：単一血清で抗体価の高値 抗体価（ _____ ）検体採取日（ 月 日） ・ペア血清で抗体価の有意上昇 検体採取日（1回目 月 日 2回目 月 日） 抗体価（1回目 _____ 2回目 _____ ） 検査方法：EIA・その他（ _____ ） ・その他の検査方法（ _____ ） 検体（ _____ ） 検体採取日（ 月 日） 結果（ _____ ） ・臨床決定：検査確定例（ _____ ）との接触	
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	入院年月日（入院例のみ）	令和 年 月 日
9	感染したと推定される年月日	令和 年 月 日
10	発病年月日（*）	令和 年 月 日
11	死亡年月日（※）	令和 年 月 日

（1, 2, 4, 5, 12 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6から11 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。）

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、風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。

別記様式 5-22

風 し ん 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 _____ 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 (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		13 感染原因・感染経路・感染地域
1) 風しん（検査診断例）	2) 風しん（臨床診断例）	①感染原因・感染経路（確定・推定）
11 症状	・発熱（月 日出現） ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・発疹（月 日出現） ・リンパ節腫脹 ・関節痛・関節炎 ・血小板減少性紫斑病 ・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（ ）	1 飛沫感染（感染源となった風しん患者・状況： _____） 2 接触感染（感染源となった風しん患者・物の種類・状況： _____） 3 その他（ _____）
	12 診断方法	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風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（風しん単抗原・MR・MMR・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 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H・R 年 月 日・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明）
陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。		14 初診年月日 令和 年 月 日
(ア) 分離・同定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・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：（ _____）		15 診断（検案(※)）年月日 令和 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： 咽頭拭い液・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：（ _____）		16 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日
(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：（ _____）		17 発病年月日（*） 令和 年 月 日
(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）(単位 _____) 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：HI・EIA・ELFA・LTI・GLEIA・LA その他（ _____）		18 死亡年月日(※) 令和 年 月 日
(オ) その他の検査方法（ _____） 検体（ _____） 検体採取日（ 月 日 _____） 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必要と認める事項
(カ) 臨床決定（ _____）		・妊娠の有無(女性のみ) 有（ 週）・無・不明

(病型、1, 3, 11 から 13, 19 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, 19 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

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。

別記様式 5-23

麻 し ん 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
印

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 (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	13 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 ）
11 症状 ・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 ・腸炎 ・クループ ・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（ ）	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（ ）
12 診断方法 陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。 (ア) 分離・同定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・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：（ ） (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・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：（ ） (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・NT・PA・その他（ ） (オ) その他の検査方法（ ） 検体（ ） 検体採取日（ 月 日 ） 結果（ ） (カ) 臨床決定（ ）	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・R 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・R 年 月 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / ・不明）
	14 初診年月日 令和 年 月 日
	15 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日
	16 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日
	17 発病年月日（*） 令和 年 月 日
	18 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

(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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

感染症発生動向調査（小児科定点）

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

		0~5 カ月	6~11 カ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10~14	15~19	20歳 以上	合計		
1	RSウイルス感 染症	男															男	RSウイルス感 染症
		女															女	
2	咽頭結膜熱	男															男	咽頭結膜熱
		女															女	
3	A群溶血性レン サ球菌咽頭炎	男															男	A群溶血性レン サ球菌咽頭炎
		女															女	
4	感染性胃腸炎 *	男															男	感染性胃腸炎 *
		女															女	
5	水痘	男															男	水痘
		女															女	
6	手足口病	男															男	手足口病
		女															女	
7	伝染性紅斑	男															男	伝染性紅斑
		女															女	
8	突発性発しん	男															男	突発性発しん
		女															女	
9	ヘルパンギーナ	男															男	ヘルパンギーナ
		女															女	
10	流行性耳下腺炎	男															男	流行性耳下腺炎
		女															女	

* 感染性胃腸炎については、原因の如何に関わらず届出基準に合致する患者を診断し、又は死体を検案した場合に届出を行うこと。

感染症発生動向調査(基幹定点) (インフルエンザによる入院患者の報告)

インフルエンザによる入院患者がいない場合でも、0報告であげてください。

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	入院時の対応					備考	
			ICU入室	人工呼吸器 の利用	頭部CT検査 (予定含む)	頭部MRI検査 (予定含む)	脳波検査 (予定含む)		いずれにも 該当せず
1	男・女								
2	男・女								
3	男・女								
4	男・女								
5	男・女								
6	男・女								
7	男・女								
8	男・女								
9	男・女								
10	男・女								
11	男・女								
12	男・女								
13	男・女								
14	男・女								
15	男・女								

<記載上の留意>

- インフルエンザに罹患し、入院した患者(院内感染を含む)を報告してください
- 入院時の患者対応については、該当する項目欄の全てに○を記入してください

感染症発生動向調査（基幹定点）

週報

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

ID番号	性	年齢 (0歳は月齢)	疾病名*	病原体名称 (検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法**	検体名
1			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
2			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
3			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
4			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
5			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
6			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
7			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
8			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
9			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
10			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	

*** 疾病名**

- 1: 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。）
- 2: 無菌性髄膜炎（真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む）
- 3: マイコプラズマ肺炎
- 4: クラミジア肺炎（全数届出疾患のオウム病を除く）
- 5: 感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）

**** 病原体検査方法**

- 1: 分離・同定
- 2: 抗原検出
- 3: 核酸検出 (PCR・LAMP等)
- 4: 塗抹検鏡
- 5: 電顕
- 6: 抗体検出
- 7: その他

<記載上の注意>

- ・ **細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎**：病原体が判明している場合は、その病原体名（複数検出された場合は、主要なもののみ記載）、その結果を得た病原体検査方法（複数の場合は、最も根拠となった方法一つを選択）及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名称欄に“検出せず”と記載してください（病原体検査欄の記載は不要）。
- ・ **マイコプラズマ肺炎**：病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *M. pneumoniae* と記載の上、病原体検査方法（1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名を記載してください。
- ・ **クラミジア肺炎**：病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *C. pneumoniae*、*C. trachomatis* を記載の上、病原体検査方法（1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名を記載してください。
- ・ **感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）**：病原体検査診断が必須。病原体名称欄にロタウイルスと記載の上、病原体検査方法（1、2、3、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名を記載して下さい。 ※基幹定点として指定されている医療機関が小児科定点として指定されている場合、感染性胃腸炎の届出も行うこと。

感染症発生動向調査（基幹定点）

月報

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

	ID番号	性	年齢 (0歳は月齢)	疾 病 名 *			検体採取部位 **
				1	2	3	
1				1	2	3	
2				1	2	3	
3				1	2	3	
4				1	2	3	
5				1	2	3	
6				1	2	3	
7				1	2	3	
8				1	2	3	
9				1	2	3	
10				1	2	3	

* 疾病名（番号を○で囲む）

1：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

2：ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

3：薬剤耐性緑膿菌感染症

** 検体採取部位

複数部位から検出された場合は、
最も重要と考えられる1か所のみを記載。

この届出は疑似症と判断した際直ちに行ってください

感染症発生動向調査（疑似症定点）

報告日 令和 年 月 日

医療機関名: 担当医師:

連絡先:

以下の項目1～3をすべて満たすものとする。

項目	1	感染症を疑わせるような症状 (該当するものに○、その他は具体的に記載) (1) 発熱 (2) 呼吸器症状 (3) 発しん (4) 消化器症状 (5) 神経症状 (6) その他 ()
	2	医師が一般に認められている医学的知見に基づき 集中治療その他これに準ずるものが必要と判断 ・特記事項 ()
	3	医師が一般に認められている医学的知見に基づき 直ちに特定の感染症と診断することができないと判断 ・特記事項 ()
備考		
年齢	歳	ヶ月
性別	男	女