別記様式５－１０

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　平成　　年　　月　　日

医師の氏名　　印

（署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地（※）

電話番号（※）　　（　　）　　－

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

１　診断（検案）した者（死体）の類型
・患者（確定例）　・感染症死亡者の死体

２　性　別	３　診断時の年齢　(0 歳は月齢)
男　・　女	歳（　　か月）

４ 症 状	・頭痛　・発熱　・嘔吐 ・痙攣　・意識障害　・項部硬直 ・大泉門膨隆　・ショック　・髄膜炎 ・肺炎　・菌血症　・関節炎 ・脳膿瘍　・喉頭蓋炎 ・多臓器不全　・その他（　　）
５ 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他（　　） 血清型：未実施・ｂ群・その他（　　型） ・検体からの直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液・その他（　　） 血清型：未実施・ｂ群・その他（　　型） ・ラテックス法による病原体抗原の検出 ・その他の検査方法（　　） 検体（　　） 結果（　　）

６　初診年月日	平成	年	月	日
７　診断（検案(※)）年月日	平成	年	月	日
８　感染したと推定される年月日	平成	年	月	日
９　発病年月日（＊）	平成	年	月	日
10　死亡年月日（※）	平成	年	月	日

１１　感染原因・感染経路・感染地域

①感染原因・感染経路（　確定・推定　）

１　飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：　　）

２　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　）

３　その他（　　）

②感染地域（　確定　・　推定　）

１　日本国内（　　都道府県　　市区町村）

２　国外（　　国

詳細地域　　）

③ヒブワクチン接種歴

１回目　有（　　歳）・無・不明

接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

２回目　有（　　歳）・無・不明

接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

３回目　有（　　歳）・無・不明

接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

４回目　有（　　歳）・無・不明

接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

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。）