

## 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 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<br>・発熱                      ・免疫不全<br>・その他（                      ）  | 1 1 感染原因・感染経路・感染地域<br>①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 経口感染（飲食物の種類・状況：                      ）<br>2 水系感染（水の種類・状況：                      ）<br>3 接触感染（接触した人・物の種類・状況：                      ）<br>4 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：                      ）<br>5 性的接触（A.性交 B.経口）<br>（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明）<br>6 その他（                      ） |
| 5  | ・鏡検による病原体の検出<br>検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・腓液・その他（                      ）<br>・病原体抗原の検出<br>検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・腓液・その他（                      ）<br>検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法）<br>・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出<br>検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・すい液・その他（                      ）<br>・その他の検査方法（                      ）<br>検体（                      ）<br>結果（                      ） | ②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（                      都道府県                      市区町村）<br>2 国外（                      国                      ）<br>詳細地域   |
| 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   |   |

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。)