

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・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 症 状           | ・ショック<br>・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸窮迫症候群<br>・DIC ・軟部組織炎<br>・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状<br>・その他（ ）   | 11 感染原因・感染経路・感染地域  |
|                 | 5 診断方法<br>・分離・同定による病原体の検出<br>検体：血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・壊死軟部組織・その他（ ）<br><br>血清群：A群・B群・C群・G群<br>その他（ 群）<br><br>M型/T型別：M（ ）型、T（ ）型<br><br>・その他の検査方法（ ）<br>検体（ ）<br>結果（ ） | ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br><br>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ）<br>2 経口感染（飲食物の種類・状況： ）<br>3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）<br>4 創傷感染（創傷の部位・状況： ）<br>5 その他（ ）<br><br>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 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。）