

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 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 ・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 ()
	12 診 断 方 法	・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
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。)