

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）の種類
・患者（確定例） ・感染症死者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男・女	歳（ 月 ）

4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持続する咳 ・夜間の咳き込み ・呼吸苦</li> <li>・スタックート ・ウーブ ・嘔吐</li> <li>・無呼吸発作 ・チアノーゼ ・白血球数増多</li> <li>・肺炎 ・痙攣 ・脳症（急性脳炎の届出もお願いします）</li> <li>・その他（ _____ ）</li> </ul>	<p>1 2 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 家族内感染</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母親 ・父親 ・同胞 ・祖父母</li> <li>・その他（ _____ ） ・不明</li> </ul> <p>2 流行の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・幼稚園 ・学校 ・職場</li> <li>・その他（ _____ ） ・不明</li> </ul> <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> <p>③百日せき含有ワクチン接種歴</p> <p>1回目 有（ _____ 月 ）・無・不明</p> <p>ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明）</p> <p>接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）</p> <p>製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）</p> <p>2回目 有（ _____ 月 ）・無・不明</p> <p>ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明）</p> <p>接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）</p> <p>製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）</p> <p>3回目 有（ _____ 月 ）・無・不明</p> <p>ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明）</p> <p>接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）</p> <p>製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）</p> <p>追加接種 有（ _____ 歳 ）・無・不明</p> <p>ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明）</p> <p>接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）</p> <p>製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）</p> <p>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</p> <p>接種年月日（H・R 年 月 日 ・不明）</p> <p>製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出</li> <li>検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰</li> <li>その他（ _____ ）</li> <li>検体採取日（ _____ 月 _____ 日）結果（ 陽性・陰性）</li> <li>・検体からの病原体遺伝子の検出</li> <li>検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰</li> <li>その他（ _____ ）</li> <li>検体採取日（ _____ 月 _____ 日）結果（ 陽性・陰性）</li> <li>検査方法：PCR法・LAMP法</li> <li>・抗体の検出</li> <li>抗体の種類：抗PT IgG ・ その他（ _____ ）</li> <li>結果：単一血清で抗体価の高値</li> <li>抗体価（ _____ ）検体採取日（ _____ 月 _____ 日）</li> <li>・ペア血清で抗体価の有意上昇</li> <li>検体採取日（1回目 _____ 月 _____ 日 2回目 _____ 月 _____ 日）</li> <li>抗体価（1回目 _____ 2回目 _____ ）</li> <li>検査方法：EIA・その他（ _____ ）</li> <li>・その他の検査方法（ _____ ）</li> <li>検体（ _____ ）</li> <li>検体採取日（ _____ 月 _____ 日）</li> <li>結果（ _____ ）</li> <li>・臨床決定：検査確定例（ _____ ）との接触</li> </ul>	
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。）