

急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。） 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) ・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 (月)

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 病原体 ()	2) 病原体不明	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 経口感染 (飲食物の種類・状況: _____) 3 接触感染 (接触した人・物の種類・状況: _____) 4 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: _____) 5 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 _____)
4 症 状	・発熱 ・頭痛 ・嘔吐 ・項部硬直 ・痙攣 ・意識障害 ・髄液細胞数の増加 ・その他 (_____)	
5 診断方法	・意識障害を伴って死亡した者、または意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、次の①②③の少なくとも1つの症状を呈したことを確認 ①38度以上の高熱、 ②何らかの中樞神経症状、 ③先行感染症状 (熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷等、明らかに感染性とは異なる場合は除外する。)	
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 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	
9 発病年月日(*)	令和 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	令和 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。