

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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
 （署名または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 _____
 上記施設の住所・電話番号* _____ （電話 _____）

（* 所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

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	男 ・ 女	6 症 状	ア. 進行性認知症 (年 月より)
3 診断時の年齢	歳		イ. ミオクローヌス (年 月より)
4 病 型	1) 孤発性プリオン病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) (b) その他 2) 遺伝性プリオン病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症(FFI) 3) 感染性プリオン病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD		ウ. 錐体路症状 (年 月より)
5 診 断 方 法	1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出） 部位 (1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他の臓器 方法 (1) Western Blot法 (2) 免疫染色法 異常プリオン蛋白の沈着型 (1) アミロイド 凝 (2) シブス型 (3) その他 2) プリオン蛋白遺伝子検査 (1) コドン () の異常 (2) コドン129の多型 (7.M/M 1.M/V 1.V/V) (3) コドン219の多型 (7.E/E 1.E/K 1.K/K) (4) その他 () 3) 臨床症候 4) 家族歴 5) 検査 (1) 脳波(PSD) (2) 脳MRI (3) 14-3-3蛋白 (4) その他 6) その他 () (該当するものすべてに記載すること)	エ. 錐体外路症状 (年 月より)	
		オ. 小脳症状 (年 月より)	
		カ. 視覚異常 (年 月より)	
		キ. 無動性無言状態 (年 月より)	
		ク. 記憶障害 (年 月より)	
7 初診年月日	令和 年 月 日	ケ. 精神・知能障害 (年 月より)	
8 診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日	コ. 臨床的に頑固な不眠 (年 月より)	
9 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	サ. 異常感覚 (年 月より)	
10 発病年月日（*）	令和 年 月 日	シ. 痙性対麻痺 (年 月より)	
11 死亡年月日（※）	令和 年 月 日	ス. 筋強剛 (年 月より)	
12 感染原因・感染経路・感染地域 （感染性プリオン病の場合のみ記載）		セ. その他 () (年 月より)	
		①感染原因・感染経路（推定される感染年月日）	
		1) ヒト乾燥硬膜 (年 月 日)	
		2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤 (年 月 日)	
		3) 角膜手術 (年 月 日)	
		4) 手術等観血的処置 (年 月 日)	
		[種類]	
		5) 輸血等 (年 月 日)	
		6) その他 [] (年 月 日)	
		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： ()	

この届出は診断から7日以内に行ってください

（1、2、4から6、12欄は該当する番号等を○で囲み、3、7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、患者を診断した場合のみ記入すること）