

デング熱発生届

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 10 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
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（ か月）		
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（ ） —				

病 型				18 感染原因・感染経路・感染地域	
1) デング熱、 2) デング出血熱				①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）	
11 症 状	・発熱 ・2日以上続く発熱 ・頭痛			1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： ）	
	・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・発疹			2 その他（ ）	
12 診 断 方 法	・血小板減少 ・100,000/mm ³ 以下の血小板減少				
	・白血球減少 ・出血 ・ショック				
・ヘマトクリットの上昇（補液なしで、同性、同年代の正常値の20%以上の上昇） ・血清蛋白の低下 ・胸水					
・腹水 ・Tourniquet テスト陽性					
・その他（ ）					
・なし					
12 診 断 方 法				②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）	
・分離・同定による病原体の検出				1 日本国内（ 都道府県 市区町村）	
検体：血液・その他（ ）				2 国外（ 国 詳細地域 ）	
血清型：（ ）				※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。	
・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出				渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日	
検体：血液・その他（ ）				国外居住者については 入国日のみで可）	
血清型：（ ）					
・血液（血清又は全血）での非構造蛋白（NS1）の検出					
・ペア血清での血清IgM抗体の検出					
結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇					
・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出					
結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇					
・ペア血清での中和抗体の検出					
結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇					
・その他の方法（ ）					
検体（ ）					
結果（ ）					
13 初診年月日	令和 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために			
14 診断（検案（※））年月日	令和 年 月 日	医師が必要と認める事項			
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。）