

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

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) ・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 (か月)

4 症 状	・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全	・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他 ()	・嘔吐 ・項部硬直 ・髄膜炎 ・関節炎
	5 診 断 方 法	1 1 感染原因・感染経路・感染地域	
・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他 () 血清型：未実施・b群・その他 (型)		①感染原因・感染経路 (確定・推定)	
・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液・その他 () 血清型：未実施・b群・その他 (型)		1 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況：)	
・ラテックス法による病原体抗原の検出		2 接触感染(接触した人・物の種類・状況：)	
・その他の検査方法 () 検体 () 結果 ()		3 その他 ()	
6 初診年月日 令和 年 月 日		②感染地域 (確定 ・ 推定)	
7 診断(検案(※))年月日 令和 年 月 日		1 日本国内 (都道府県 市区町村)	
8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日		2 国外 (国 詳細地域)	
9 発病年月日 (※) 令和 年 月 日		③ヒブワクチン接種歴	
10 死亡年月日 (※) 令和 年 月 日		1 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R 年 月 日 ・ 不明) 製造会社/Lot番号 (/ ・ 不明)	
		2 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R 年 月 日 ・ 不明) 製造会社/Lot番号 (/ ・ 不明)	
		3 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R 年 月 日 ・ 不明) 製造会社/Lot番号 (/ ・ 不明)	
		4 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S・H・R 年 月 日 ・ 不明) 製造会社/Lot番号 (/ ・ 不明)	

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。)