

播種性クリプトコックス症発生届

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 ・呼吸器症状 ・皮疹 ・中枢神経系病変 ・その他（ ）	・発熱 ・麻痺 ・胸部異常陰影 ・紅斑 ・骨病変 ・真菌血症	・意識障害 ・項部硬直 ・眼内炎 ・骨病変 ・真菌血症
	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：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ）		①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）	
・病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で英膜を有する酵母細胞の証明） 検体：髄液・病理組織 その他（ ）		1 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類： ）	
・ラテックス凝集法によるクリプトコックス英膜抗原の検出 検体：髄液・血液 その他（ ）		2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・状況： ）	
6 初診年月日 令和 年 月 日		3 その他（ ）	
7 診断（検案（※））年月日 令和 年 月 日		②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）	
8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日		1 日本国内（ 都道府県 市区町村）	
9 発病年月日（*） 令和 年 月 日		2 国外（ 国 詳細地域 ）	
10 死亡年月日（※） 令和 年 月 日			

（1，2，4，5 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するものを全てを記載すること。）

この届出は診断から7日以内に行ってください