別記様式５－１２

侵 襲 性 髄 膜 炎 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

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）の類型 |
| ・患者（確定例）　・感染症死亡者の死体 |
| 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（　　　）　　－　 |

この届出は診断後直ちに行ってください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11症状 | ・頭痛　　　　　・発熱　　　 　・全身倦怠感・嘔吐　　　　　・発疹　　　　 ・痙攣　・意識障害　　　・項部硬直　 　・大泉門膨隆・点状出血　　　・ショック　 　・ＤＩＣ・髄膜炎　　　　・菌血症　　　 ・関節炎・多臓器不全　　・その他（　　　　　　　　） | 18　感染原因・感染経路・感染地域 |
| 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　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）　３　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　　　　　　　　　　　　　　　）※　複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。渡航期間（出国日　年　月　日・入国日　年　月　日　国外居住者については　入国日のみで可）③共同生活の有無（　有　・　無　）１　学生寮２　社員寮３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）④髄膜炎菌ワクチン接種歴（有・無・不明） |
| 12診断方法 | ・分離・同定による病原体の検出検体：髄液・血液・その他（　　　　　　　　　）血清群：未実施・Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｙ群・Ｗ-135群・その他（　　　　　　　　）・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（　　　　　　　　　）血清群：未実施・Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｙ群・Ｗ-135群・その他（　　　　　）・その他の検査方法（　　　　　　　　　　　　　　）　　検体（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　結果（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 13　初診年月日　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日14　診断（検案(※)）年月日　　　令和　　年　　月　　日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 | 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医師が必要と認める事項 |
|  |

（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。）