別記様式５－７

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

 　　　　　　　　　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）の類型 |
| ・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） イ．ミオクローヌス　（　 　年　 月より） 　 ウ．錐体路症状 　（　 　年　 月より）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） ケ．精神・知能障害　（　 　年　 月より） コ．臨床的に頑固な不眠　（　 　年　 月より） サ．異常感覚　　　　（　 　年　 月より） シ．痙性対麻痺 　（　 　年　 月より） ス．筋強剛 　（　 　年　 月より）セ．その他（　　　　　　　　　 　）（　　 年　 月より） |
|  ３ 診断時の年齢 |  　 　歳 |
|  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診断の確実度（ｱ.確実 ｲ.ほぼ確実 ｳ.疑い） |
| ７　初診年月日　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日８　診断（検案(※)）年月日　　　令和　　年　　月　　日９　感染したと推定される年月日　令和　　年　　月　　日10　発病年月日（＊）　　　　　　令和　　年　　月　　日 0 　　　　　平成　　年　月　11　死亡年月日（※）　　　　　　令和　　年　　月　　日 |
|  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)ｱﾐﾛｲﾄﾞ斑型　(2)ｼﾅﾌﾟｽ型 (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　　　　（ｱ.M/M　ｲ.M/V　ｳ.V/V） (3)コドン２１９の多型 （ｱ.E/E　ｲ.E/K　ｳ.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） |
| 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） |
| 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)この届出は診断から７日以内に行ってください 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：　　　　　　　　　　　　　　） |

（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）