別記様式５－２３

麻　　し　　ん　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　　　　型 | 13　感染原因・感染経路・感染地域 |
| 1)麻しん（検査診断例）　　2)麻しん（臨床診断例）3)修飾麻しん（検査診断例） | ①感染原因・感染経路（　確定・推定　）１　飛沫・飛沫核感染（感染源となった麻疹患者・状況：　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）２　接触感染（感染源となった麻疹患者・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麻しん含有ワクチン接種歴 1回目　有（　　　　歳）・ 無 ・ 不明ワクチンの種類（麻しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・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 ・ 不明ワクチンの種類（麻しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・不明）接種年月日（　S･H･R　　　年　　月　　　日 ・不明）製造会社/Ｌｏｔ番号（　　　　　　/　　　　　・不明） |
| 11症状 | ・発熱（　月　日出現）　・咳　・鼻汁　・結膜充血　・眼脂　・コプリック斑　・発疹（　月　日出現）・肺炎　　・中耳炎　　・腸炎　　・クループ　・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします）　・その他（　　　） |
| 12診断方法 | 陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。1. 分離・同定による病原体の検出

検体：　咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（　　　　　）検体採取日（　　　　　月　　　　　日　　　　　　　）結果（　陽性・陰性　）遺伝子型：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 検体から直接のＰＣＲ法による病原体遺伝子の検出

検体：　咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（　　　　　）検体採取日（　　　　　月　　　　日　　　　　　　）結果（　陽性・陰性　）遺伝子型：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）1. 血清ＩｇＭ抗体の検出

検体採取日（　　　　　月　　　　日　　　　　　　）結果（　陽性・陰性・判定保留　）　抗体価：（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）1. ペア血清での抗体の検出

検体採取日（ 1回目　 月　 日　2回目　 月　 日 ）　　　抗体価　　（ 1回目　　　　 　 2回目　　 　　 ）　　結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇　検査方法： EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他（　　　）1. その他の検査方法（　　　　　　　　　　　　　　）

　検体（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　）検体採取日（　　　　　月　　　　　日　　　　　　　）　結果（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）1. 臨床決定（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 14　初診年月日　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日15　診断（検案(※)）年月日　　　令和　　年　　月　　日16　感染したと推定される年月日　令和　　年　　月　　日17　発病年月日（＊）　　　　　　令和　　年　　月　　日18　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から13欄は該当する番号等を○で囲み、4，5,14から18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。）