別記様式５－８

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

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　性　別 | ３　診断時の年齢 （0歳は月齢） |
| 男　・　女 | 　　　　歳（　　　か月） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４症状 | ・ショック　　　・肝不全　　・腎不全　　・急性呼吸窮迫症候群　・ＤＩＣ　　・軟部組織炎・全身性紅斑性発疹　・中枢神経症状・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　）　 | １１　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　経口感染（飲食物の種類・状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　４　創傷感染（創傷の部位・状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）この届出は診断から７日以内に行ってください５　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　　　　　　　　　　　　　） |
| ５診断方法 | ・分離・同定による病原体の検出検体 ：血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・　　　　　 壊死軟部組織・その他（　　　　　　 　 　）血清群：Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｇ群その他（　　　　群）Ｍ型/Ｔ型別：Ｍ( )型、Ｔ（　　　）型　・その他の検査方法（　　　　　　　　　　　　　）　　　検体（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　結果（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６　初診年月日　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日７　診断（検案(※)）年月日　　　令和　　年　　月　　日８　感染したと推定される年月日　令和　　年　　月　　日９　発病年月日（＊）　　　　　　令和　　年　　月　　日10　死亡年月日（※）　　　　　　令和　　年　　月　　日 |

（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。）