

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

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（ ） 月（ ） 日

4 症 状	・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全	・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他（ ）	・嘔吐 ・項部硬直 ・髄膜炎 ・関節炎
	5 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（ ） 血清型：未実施・b群・その他（ ）型 ・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（ ） 血清型：未実施・b群・その他（ ）型 ・ラテックス法による病原体抗原の検出 ・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			
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 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（ ） ③ヒブワクチン接種歴 1回目 有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H・R） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / （ ） 2回目 有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H・R） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / （ ） 3回目 有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H・R） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / （ ） 4回目 有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H・R） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / （ ）			

この届出は診断から7日以内に行ってください

（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。）