別記様式５－１５

先天性風しん症候群発生届

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） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病　　型 | | １１　感染原因・感染経路・感染地域 |
| 1) ＣＲＳ典型例、　　　2)その他 | | ①感染原因・感染経路  １　母親の妊娠中の風しん罹患歴  ・あり（発症した妊娠週数　　　　　週）  ・なし  ・不明  ②母親の感染地域（　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出生時の母親の年齢（　　　　歳）  この届出は診断から７日以内に行ってください  ④母親の風しん含有ワクチン接種歴  1回目　有（　　　　歳）・　無 ・ 不明  母子手帳等の記録による確認の有無　（有 ・ 無）  ワクチンの種類（風しん単抗原・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  母子手帳等の記録による確認の有無　（有 ・ 無）  ワクチンの種類（風しん単抗原・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） |
| ４  症  状 | ・白内障　　　　　・先天性緑内障  ・先天性心疾患（　　　　　　　　　　　　　　）  ・難聴  ・色素性網膜症　 ・紫斑  ・脾腫　　　　　　・小頭症  ・精神発達遅滞　　・髄膜脳炎  ・Ｘ線透過性の骨病変  ・黄疸（生後24時間以内に出現）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５  診断方法 | ・分離・同定による病原体の検出  検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他  （　　　　　　　　　　　　　　）  ・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・唾液・尿・その他  （　　　　　　　　　　　　　　）  ・血清IgM抗体の検出  ・血清赤血球凝集抑制(HI)抗体価が、移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続（出生児のHI抗体価が、月あたり１／２の低下率で低下していない）  ・その他検査方法（　　　　　　　　　　　　　）  　　　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。）