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。）