別記様式５－２

ウイルス性肝炎（Ｅ型肝炎及びＡ型肝炎を除く。）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)Ｂ型、 2)Ｃ型、 3)Ｄ型、4)そ　の　他( )、5)不明 | ①感染原因・感染経路（　確定・推定　）１　針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　静注薬物常用３　輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４　性的接触（A.性交　B.経口）（ア.同性間　イ.異性間　ウ.不明）５　母子感染（ア.胎内　イ.出産時　ウ.母乳）６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）この届出は診断から７日以内に行ってください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　　　　　　　　　　　　　）③Ｂ型肝炎ワクチン接種歴（有　・　無　・　不明） |
| ４症状 | ・全身倦怠感　・嘔吐　　　　・褐色尿・発熱　　　　・肝機能異常　　・黄疸・劇症肝炎・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５診断方法 | １）B型肝炎・血清でのIgM HBＣ抗体の検出　（明らかなキャリアからの急性増悪は含まない）・遺伝子型：A型 ・B型 ・C型 ・その他（　）・未実施２）C型肝炎・血清での抗体陰性、かつHCV RNA又はHCVコア抗原の検出・ペア血清での抗体の検出結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇・遺伝子型：1型 ・2型 ・その他（　）・未実施３）その他の方法（　　　　　　　　　　　　　　）　　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。）