

エボラ出血熱発生届

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つては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
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（ 月 日）		
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（ ） -			

11	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・腹痛 ・胸痛 ・無力症 ・出血 ・その他（ _____ ） ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域
症		①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）
状		1 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____ ）
		2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____ ）
		3 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： _____ ）
		4 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： _____ ）
		5 その他（ _____ ）
12	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他（ _____ ） ・ELISA 法による病原体抗原の検出 検体：血液・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：血液・その他（ _____ ） ・蛍光抗体法による血清抗体の検出（ IgM ・ IgG ） ・ELISA 法による血清抗体の検出（ IgM ・ IgG ） ・その他の方法（ _____ ） 検体（ _____ ） 結果（ _____ ） ・臨床決定 （ _____ ） 	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）
13	初診年月日 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
14	診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日 令和 年 月 日	
16	発病年月日（*） 令和 年 月 日	
17	死亡年月日（※） 令和 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 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。)