

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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 _____

所属する病院・診療所等施設名 _____

上記施設の住所・電話番号* _____（電話 _____）

（*所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1 診断（検案）した者（死体）の種類		・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	
2 性別	男 ・ 女		
3 診断時の年齢	歳		
4 病型	1) 孤発性プリオン病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(GJD) (b) その他	6 症 状	ア. 進行性認知症 (年 月より)
	2) 遺伝性プリオン病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症(FFI)		イ. ミオクローヌス (年 月より)
5 診断方法	3) 感染性プリオン病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD	7 初診年月日	ウ. 錐体路症状 (年 月より)
	診断の確実度 (7. 確実 4. ほぼ確実 5. 疑い)		エ. 錐体外路症状 (年 月より)
6 診断方法	1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出） 部位 (1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他の臓器 方法 (1) Western Blot法 (2) 免疫染色法 異常プリオン蛋白の沈着型 (1) アミロイド型 (2) シフ型 (3) その他	8 診断（検案(※)）年月日	オ. 小脳症状 (年 月より)
	2) プリオン蛋白遺伝子検査 (1) コドン () の異常 (2) コドン129の多型 (7. M/M 4. M/V 5. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E 4. E/K 5. K/K) (4) その他 ()	9 感染したと推定される年月日	カ. 視覚異常 (年 月より)
7 診断方法	3) 臨床症候	10 発病年月日 (*)	キ. 無動性無言状態 (年 月より)
	4) 家族歴	11 死亡年月日 (※)	ク. 記憶障害 (年 月より)
8 診断方法	5) 検査 (1) 脳波(PSD) (2) 脳MRI (3) 14-3-3蛋白 (4) その他 (5) その他 () (該当するものすべてに記載すること)	12 感染原因・感染経路・感染地域 (感染性プリオン病の場合のみ記載)	
		①感染原因・感染経路（推定される感染年月日） 1) ヒト乾燥硬膜(年 月 日) 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤(年 月 日) 3) 角膜手術(年 月 日) 4) 手術等観血的処置(年 月 日) [種類 _____] 5) 輸血等(年 月 日) 6) その他[_____](年 月 日)	
		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： _____)	

（1、2、4から6、12欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11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、患者を診断した場合のみ記入すること）

この届出は診断から7日以内に行ってください