

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

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）の種類
・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）

4	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他（ ） 	1 1	感染原因・感染経路・感染地域
5	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 血清型：未実施・b 群・その他（ 型） ・検体からの直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 血清型：未実施・b 群・その他（ 型） ・ラテックス法による病原体抗原の検出 ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> ①感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ） 2 接触感染（接触した人・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 ） ③ヒブワクチン接種歴 1 回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/L o t 番号（ / ・不明） 2 回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/L o t 番号（ / ・不明） 3 回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/L o t 番号（ / ・不明） 4 回目 有（ 歳）・無・不明 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/L o t 番号（ / ・不明） 		
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		

この届出は診断から7日以内に行ってください

(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。)