

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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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） ・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（ ） 	11	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）
6	初診年月日	平成 年 月 日	③	ヒブワクチン接種歴
7	診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	1回目	有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lot番号（ / ）
8	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	2回目	有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lot番号（ / ）
9	発病年月日（*）	平成 年 月 日	3回目	有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lot番号（ / ）
10	死亡年月日(※)	平成 年 月 日	4回目	有（ ）歳・無・不明 接種年月日（S・H 年 月 日） 製造会社/Lot番号（ / ）

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。）