

アメーバ赤痢発生届

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 _____ 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っては、その住所・電話番号を記載)

Table with 1 row: 1 診断(検案)した者(死体)の種類. Includes options: 患者(確定例), 感染症死亡者の死体.

Table with 2 rows: 2 性別 (男・女), 3 診断時の年齢(0歳は月齢) (歳()か月).

Main form table with columns for '病型' (Disease Type) and '11 感染原因・感染経路・感染地域' (Infection Cause/Route/Area). Includes sub-sections for symptoms, diagnosis methods, and infection details.

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。)