

健感発0304第 1号
平成23年 3月 4日

各 { 都道府県
政令市
特別区 } 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長

「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
及び第14条第2項に基づく届出の基準等の一部改正について

日頃より、感染症対策に関し、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

麻しん対策については、「麻しんに関する特定感染症予防指針(平成19年12月28日厚生労働省告示第442号)」に基づき、平成24年までに麻しんを排除することを目標として取り組んでおり、その一環として、平成22年11月11日付け厚生労働省健康局結核感染症課通知「麻しんの検査診断について」により、麻しん患者の遺伝子検査の実施をお願いしているところですが、現在の届出様式では、発熱または発疹出現からどの程度の日数で検体が採取されたかが把握できず、得られた検査結果の正否の判断ができない状況です。これを踏まえ届出様式に項目を追加し、麻しん患者か否かを、より精緻に判断出来るように変更することとしました。

また、梅毒のTPHA IgM検査等、試薬の入手が出来ないことにより事実上実施出来なくなった検査方法の変更や、回帰熱等、最近の知見から診断方法として認められると判断された検査方法、検査材料等について、追加することとしました。

以上について、「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」(平成18年3月8日付け健感発第0308001号同職通知。以下「通知」という。)の一部を別添新旧対照表のとおり改正することとしたので管内の関係機関等に対する周知方よろしくお取り計らい願います。なお、本改正については平成23年4月1日より実施いたします。

医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準 新旧対照表

新	旧														
<p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 (略)</p> <p>第3 (略)</p> <p>第4 三類感染症 1及び2 (略)</p> <p>3 腸管出血性大腸菌感染症 (1) 及び (2) (略) (3) 届出基準 ア～ウ (略) エ 感染症死亡疑い者の死体 医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸管出血性大腸菌感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">検査方法</th> <th style="text-align: center;">検査材料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の ①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法等による毒素遺伝子の検出</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">便</td> </tr> <tr> <td>ベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る)</td> </tr> <tr> <td>○抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る)</td> <td style="text-align: center;">血清</td> </tr> </tbody> </table>	検査方法	検査材料	分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の ①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法等による毒素遺伝子の検出	便	ベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る)	○抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る)	血清	<p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 (略)</p> <p>第3 (略)</p> <p>第4 三類感染症 1及び2 (略)</p> <p>3 腸管出血性大腸菌感染症 (1) 及び (2) (略) (3) 届出基準 ア～ウ (略) エ 感染症死亡疑い者の死体 医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸管出血性大腸菌感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">検査方法</th> <th style="text-align: center;">検査材料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の ①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">便</td> </tr> <tr> <td>ベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る)</td> </tr> <tr> <td>○抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る)</td> <td style="text-align: center;">血清</td> </tr> </tbody> </table>	検査方法	検査材料	分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の ①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出	便	ベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る)	○抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る)	血清
検査方法	検査材料														
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の ①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法等による毒素遺伝子の検出	便														
ベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る)															
○抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る)	血清														
検査方法	検査材料														
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の ①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出	便														
ベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る)															
○抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る)	血清														

4～5 (略)

第5 四類感染症

1～7 (略)

8 回帰熱

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア～ウ (略)

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、回帰熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液 (発熱期)
暗視野顕微鏡下鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による末梢血スミアの観察による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

9～18 (略)

19 つつが虫病

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア～ウ (略)

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、つつが虫病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

4～5 (略)

第5 四類感染症

1～7 (略)

8 回帰熱

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア～ウ (略)

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、回帰熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液 (発熱期)
暗視野顕微鏡下鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による末梢血スミアの観察による病原体の抗原の検出	

9～18 (略)

19 つつが虫病

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア～ウ (略)

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、つつが虫病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出（IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

19～31（略）

32 発しんチフス

(1) 及び (2)（略）

(3) 届出基準

ア～ウ（略）

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、発しんチフスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
補体結合反応又は間接酵素抗体法による抗体の検出	血清

33～35（略）

36 ライム病

(1) 及び (2)（略）

(3) 届出基準

ア～ウ（略）

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出（IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

19～31（略）

32 発しんチフス

(1) 及び (2)（略）

(3) 届出基準

ア～ウ（略）

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、発しんチフスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
補体結合反応又は間接酵素抗体法による抗体の検出	血清

33～35（略）

36 ライム病

(1) 及び (2)（略）

(3) 届出基準

ア～ウ（略）

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ライム病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	紅斑部の皮膚、髄液（髄膜炎、脳炎の場合）
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
Western Blot法による抗体の検出	血清

37～42（略）

第6 五類感染症

1～3（略）

4 クリプトスポリジウム症

(1) 及び (2)（略）

(3) 届出基準

ア（略）

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ライム病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	紅斑部の皮膚、髄液（髄膜炎、脳炎の場合）
Western Blot法による抗体の検出	
Western Blot法による抗体の検出	血清

37～42（略）

第6 五類感染症

1～3（略）

4 クリプトスポリジウム症

(1) 及び (2)（略）

(3) 届出基準

ア（略）

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便

5 (略)

6 劇症型溶血レンサ球菌感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出に必要な要件 (以下のアの (ア) 及び (イ) かつイを満たすもの)

ア (略)

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	通常無菌的な部位 (血液、髄液、胸水、腹水)、生検組織、手術創、壊死軟部組織

7 (略)

8 ジアルジア症

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア (略)

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症により死亡したと判断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、十二指腸液、胆汁
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

5 (略)

6 劇症型溶血レンサ球菌感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出に必要な要件 (以下のアの (ア) 及び (イ) かつイを満たすもの)

ア (略)

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、壊死軟部組織

7 (略)

8 ジアルジア症

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア (略)

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症により死亡したと判断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、十二指腸液、胆汁

9及び10 (略)

11 梅毒

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア及びイ (略)

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
パーカーインク法による病原体の検出	発疹(初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹)
・以下の①と②の両方に該当する場合 ①カルジオリピンを抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 ・RPRカードテスト、凝集法、ガラス板法 ② <i>T. pallidum</i> を抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 ・TPHA法、FTA-ABS法	血清

先天梅毒は、下記の5つのうち、いずれかの要件をみたすものである。

- ア 母体の血清抗体価に比して、児の血清抗体価が著しく高い場合
- イ 血清抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続する場合
- ウ *T. pallidum*を抗原とするIgM抗体陽性
- エ 早期先天梅毒の症状を呈する場合
- オ 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

9及び10 (略)

11 梅毒

(1) 及び (2) (略)

(3) 届出基準

ア及びイ (略)

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
パーカーインク法による病原体の検出	発疹(初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹)
・以下の①と②の両方に該当する場合 ①カルジオリピンを抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 ・RPRカードテスト、凝集法、ガラス板法 ② <i>T. pallidum</i> を抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 ・TPHA法、FTA-ABS法	血清

先天梅毒は、下記の5つのうち、いずれかの要件をみたすものである。

- ア 母体の血清抗体価に比して、児の血清抗体価が著しく高い場合
- イ 血清抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続する場合
- ウ TPHA IgM抗体陽性
- エ 早期先天梅毒の症状を呈する場合
- オ 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

12～14 (略)

14-2 風しん

(1)～(3) (略)

(4) 届出のために必要な要件

ア (略)

イ 臨床診断例

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア	全身性の小紅斑や紅色丘疹
イ	発熱
ウ	リンパ節腫脹

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液、尿
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

14-3 麻疹

(1)～(3) (略)

(4) 届出のために必要な要件

ア及びイ (略)

ウ 修飾麻疹 (検査診断例)

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

12～14 (略)

14-2 風しん

(1)～(3) (略)

(4) 届出のために必要な要件

ア (略)

イ 臨床診断例

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア	全身性の小紅斑や紅色丘疹
イ	発熱
ウ	リンパ節腫脹

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

14-3 麻疹

(1)～(3) (略)

(4) 届出のために必要な要件

ア及びイ (略)

ウ 修飾麻疹 (検査診断例)

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 麻しんに特徴的な発疹
イ 発熱
ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液、尿
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	血清
抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

15～37（略）

38 マイコプラズマ肺炎

(1)～(3)（略）

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
PCR法又はLAMP法による病原体の遺伝子の検出	血清
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出（迅速診断キット）)	血清

39～43（略）

第7（略）

別記様式1-1～3-2（略）

届出に必要な臨床症状

ア 麻しんに特徴的な発疹
イ 発熱
ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	血清
抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

15～37（略）

38 マイコプラズマ肺炎

(1)～(3)（略）

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出（迅速診断キット）)	血清

39～43（略）

第7（略）

別記様式1-1～3-2（略）

別記様式 3-3

別記様式 3-3

腸管出血性大腸菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・緊急性死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳)は月齢 歳(月)	6 当該者職業	
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 症状	・腹痛 ・水様性下痢 ・血便 ・嘔吐 ・発熱 ・溶血性貧血 ・急性腎不全 ・溶血性尿毒症候群(HUS) ・血尿 ・腎臓 ・脳症 ・その他() ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 経口感染(飲食物の種類・状況:) 2 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 4 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 詳細地域)
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるペロ毒素の確認 (①毒素産生 ②PCR法による毒素遺伝子) 検体:便・その他() O血清群: O()・不明 H血清群: H()・不明 ペロ毒素: VT1VT2・VT1・VT2・VT(型不明) ・便でのペロ毒素の検出(HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ペロ毒素抗体の検出(HUS発症例に限る) ・その他の方法() 検体() 結果()	
13 初診年月日 平成 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(検査(※))年月日 平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16 発病年月日(※) 平成 年 月 日		
17 死亡年月日(※) 平成 年 月 日		

(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、死亡者を検索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。)

別記様式 3-4 (略)

別記様式 3-3

別記様式 3-3

腸管出血性大腸菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・緊急性死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳)は月齢 歳(月)	6 当該者職業	
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 症状	・腹痛 ・水様性下痢 ・血便 ・嘔吐 ・発熱 ・溶血性貧血 ・急性腎不全 ・溶血性尿毒症候群(HUS) ・血尿 ・腎臓 ・脳症 ・その他() ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 経口感染(飲食物の種類・状況:) 2 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 4 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 詳細地域)
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるペロ毒素の確認 (①毒素産生 ②PCR法による毒素遺伝子) 検体:便・その他() O血清群: O()・不明 H血清群: H()・不明 ペロ毒素: VT1VT2・VT1・VT2・VT(型不明) ・便でのペロ毒素の検出(HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ペロ毒素抗体の検出(HUS発症例に限る) ・その他の方法() 検体() 結果()	
13 初診年月日 平成 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(検査(※))年月日 平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16 発病年月日(※) 平成 年 月 日		
17 死亡年月日(※) 平成 年 月 日		

(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、死亡者を検索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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式 3-4 (略)

別記様式 3-5

別記様式 3-5

パラチフス発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の類型 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳)または月齢 歳(月)	6 当該者職業	
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 症状 ・高熱 ・比較的徐脈 ・バラ疹 ・腫脹 ・下痢 ・便秘 ・腸出血 ・腸穿孔 ・意識障害 ・嘔吐 ・胆石 ・慢性胆嚢炎 ・その他() ・なし	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髄液・便・尿・胆汁・その他 () ファージ型：() ・その他の方法() 検体() 結果()	18 感染原因・感染経路・感染地域 (①感染原因・感染経路(確定・推定)) 1 経口感染(飲食物の種類・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 詳細地域)
		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
13 初診年月日 平成 年 月 日	14 診断（検査）年月日 平成 年 月 日	15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日
16 発病年月日(※) 平成 年 月 日	17 死亡年月日(※) 平成 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。)

別記様式 3-6~4-7 (略)

別記様式 3-5

別記様式 3-5

パラチフス発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の類型 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳)または月齢 歳(月)	6 当該者職業	
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 症 状 ・高熱 ・比較的徐脈 ・下痢 ・便秘 ・意識障害 ・嘔吐 ・その他() ・なし	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髄液・便・尿・胆汁・その他 () ファージ型：() ・その他の方法() 検体() 結果()	18 感染原因・感染経路・感染地域 (①感染原因・感染経路(確定・推定)) 1 経口感染(飲食物の種類・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 詳細地域)
		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
13 初診年月日 平成 年 月 日	14 診断（検査）年月日 平成 年 月 日	15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日
16 発病年月日(※) 平成 年 月 日	17 死亡年月日(※) 平成 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。)

別記様式 3-6~4-7 (略)

別記様式 4-8

別記様式 4-8

回 帰 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
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 症 状	・発熱 ・結膜炎 ・黄疸 ・心筋炎 ・その他 () ・なし	・咳 ・肝腫大 ・発疹 ・脳出血 ・肺炎	・出血傾向 ・脾腫 ・肝機能異常	18 感染原因・感染経路・感染地域 (1)感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 2 その他 ()
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・その他 () 菌種名 () ・顕視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体:血液・その他 () ・血液検体からの蛍光抗体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 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)	
13 初診年月日	平成 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(検査)(※)年月日	平成 年 月 日			
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日			
16 発病年月日(*)	平成 年 月 日			
17 死亡年月日(※)	平成 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。)

別記様式 4-9~4-18 (略)

別記様式 4-8

別記様式 4-8

回 帰 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
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 症 状	・発熱 ・結膜炎 ・黄疸 ・心筋炎 ・その他 () ・なし	・咳 ・肝腫大 ・発疹 ・脳出血 ・肺炎	・出血傾向 ・脾腫 ・肝機能異常	18 感染原因・感染経路・感染地域 (1)感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 2 その他 ()
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・その他 () 菌種名 () ・顕視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体:血液・その他 () ・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体:血液・その他 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)	
13 初診年月日	平成 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(検査)(※)年月日	平成 年 月 日			
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日			
16 発病年月日(*)	平成 年 月 日			
17 死亡年月日(※)	平成 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。)

別記様式 4-9~4-18 (略)

別記様式 4-19

別記様式 4-19

つつが虫病発生届

都道府県知事（保健所設置市・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）		・無症状病原体保有者		・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)		
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 症 状	・頭痛 ・発熱 ・リンパ節腫脹 ・肺炎 ・脳炎 ・その他 ()	18 感染原因・感染経路・感染地域 (感染原因・感染経路 (確定・推定))	1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:)
	2 その他 ()		
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・病理組織・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)
	・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 ()		2 国外 (国 詳細地域)
	・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果: IgM抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇		
	・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		
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			
13 初診年月日	平成 年 月 日		
14 診断（検案）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※)	平成 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。)

別記様式 4-20~4-31 (略)

別記様式 4-19

別記様式 4-19

つつが虫病発生届

都道府県知事（保健所設置市・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）		・無症状病原体保有者		・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)		
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 症 状	・頭痛 ・発熱 ・リンパ節腫脹 ・肺炎 ・脳炎 ・その他 ()	18 感染原因・感染経路・感染地域 (感染原因・感染経路 (確定・推定))	1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況:)
	2 その他 ()		
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・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)
	・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 ()		2 国外 (国 詳細地域)
	・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果: IgM抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇		
	・その他の方法 () 検体 () 結果 ()		
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			
13 初診年月日	平成 年 月 日		
14 診断（検案）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※)	平成 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。)

別記様式 4-20~4-31 (略)

別記様式4-32

別記様式4-32

発しんちフス発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
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 症状	・発熱 ・点状出血 ・狂躁状態 ・その他 ()	18 感染原因・感染経路・感染地域 (1)感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他 ()
	・発疹 ・幻覚 ・意識障害	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・病理組織・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・病理組織・その他 () ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	(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)
	13 初診年月日 平成 年 月 日	14 診断(検査(※))年月日 平成 年 月 日
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	16 発病年月日(※) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※) 平成 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	

(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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式4-33~4-35(略)

別記様式4-32

別記様式4-32

発しんちフス発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
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 症状	・発熱 ・点状出血 ・狂躁状態 ・その他 ()	18 感染原因・感染経路・感染地域 (1)感染原因・感染経路(確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 その他 ()
	・発疹 ・幻覚 ・意識障害	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・血夜・その他 () ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	(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)
	13 初診年月日 平成 年 月 日	14 診断(検査(※))年月日 平成 年 月 日
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	16 発病年月日(※) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※) 平成 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	

(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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式4-33~4-35(略)

別記様式 4-36

別記様式 4-36

ライム病発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型					
・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
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 (か月)		
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 症 状	・遊走性紅斑 ・筋肉痛・筋肉炎 ・関節腫脹 ・発熱 ・髄膜炎 ・中枢神経症状 ・末梢神経症状 ・循環器症状 ・眼症状 ・慢性萎縮性肢端皮膚炎 ・慢性脳脊髄炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 (①感染原因・感染経路(確定・推定)) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 2 その他 ()
	・分離・同定による病原体の検出 検体: 紅斑部の皮膚 ・髄液 ・その他 () 菌種名 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 紅斑部の皮膚 ・髄液 ・その他 () ・Western Blot法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	(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)
12 診断方法		
13 初診年月日	平成 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(検査(※))年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日(※)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 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、死亡者を検査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。)

別記様式 4-37~4-42 (略)

別記様式 4-36

別記様式 4-36

ライム病発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型					
・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
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 (か月)		
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 症 状	・遊走性紅斑 ・筋肉痛 ・発熱 ・神経症状 ・循環器症状 ・眼症状 ・関節炎 ・筋肉炎 ・慢性萎縮性肢端皮膚炎 ・慢性脳脊髄炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 (①感染原因・感染経路(確定・推定)) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 2 その他 ()
	・分離・同定による病原体の検出 検体: 紅斑部の皮膚 ・髄液 ・その他 () 菌種名 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 紅斑部の皮膚 ・髄液 ・その他 () ・Western Blot法による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	(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)
12 診断方法		
13 初診年月日	平成 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(検査(※))年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日(※)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 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、死亡者を検査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。)

別記様式 4-37~4-42 (略)

別記様式5-1

別記様式5-1

アメーバ赤痢発生届

都道府県知事（保健所設置市・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）の類型
・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）

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
4	1) 腸管アメーバ症 2) 腸管外アメーバ症 ・下痢 ・粘血便 ・しぶり腹 ・鼓腸 ・腹痛 ・発熱 ・右季肋部痛 ・肝腫大 ・肝臓痛 ・腹膜炎 ・胸膜炎 ・心膜炎 ・大腸粘膜炎常所見 ・その他（ ）	①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 経口感染（飲食物の種類・状況） 2 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 3 その他（ ）
5	・鏡検による病原体の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他（ ） ・ELISA法による病原体抗原の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・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：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他（ ） ・血清抗体の検出 ・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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）
6	初診年月日 平成 年 月 日	
7	診断（検案（※））年月日 平成 年 月 日	
8	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
9	発病年月日（*） 平成 年 月 日	
10	死亡年月日（※） 平成 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。）

別記様式5-2（略）

別記様式5-1

別記様式5-1

アメーバ赤痢発生届

都道府県知事（保健所設置市・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）の類型
・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）

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
4	1) 腸管アメーバ症 2) 腸管外アメーバ症 ・下痢 ・粘血便 ・しぶり腹 ・鼓腸 ・腹痛 ・発熱 ・右季肋部痛 ・肝腫大 ・肝臓痛 ・腹膜炎 ・胸膜炎 ・心膜炎 ・その他（ ）	①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 経口感染（飲食物の種類・状況） 2 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 3 その他（ ）
5	・鏡検による病原体の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他（ ） ・ELISA法による病原体抗原の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・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：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他（ ） ・血清抗体の検出 ・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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）
6	初診年月日 平成 年 月 日	
7	診断（検案（※））年月日 平成 年 月 日	
8	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
9	発病年月日（*） 平成 年 月 日	
10	死亡年月日（※） 平成 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。）

別記様式5-2（略）

別記様式 5-3

別記様式 5-3

急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検索)した者(死体)の類型 ・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(月)

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 病原体 () 2) 病原体不明		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 経口感染(飲食物の種類・状況) 3 接触感染(接触した人・物の種類・状況) 4 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 5 その他()
4 症 状 ・発熱 ・頭痛 ・嘔吐 ・項部硬直 ・痲痺 ・意識障害 ・髄液細胞数の増加 ・その他()		
5 診断方法 ・意識障害を伴って死亡した者、または意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、次の①②③の少なくとも1つの症状を呈したことを確認 ①38度以上の高熱、 ②何らかの中樞神経症状、 ③先行感染症状 (熱性痲痺、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷等、明らかに感染性とは異なる場合は除外する。)		
6 初診年月日 平成 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)
7 診断(検索※)年月日 平成 年 月 日		
8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
9 発病年月日(*) 平成 年 月 日		
10 死亡年月日(※) 平成 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、死亡者を検索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。)

別記様式 5-3

別記様式 5-3

急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介性脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検索)した者(死体)の類型 ・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(月)

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 病原体 () 2) 病原体不明		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 経口感染(飲食物の種類・状況) 3 接触感染(接触した人・物の種類・状況) 4 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 5 その他()
4 症 状 ・発熱 ・頭痛 ・嘔吐 ・項部硬直 ・痲痺 ・意識障害 ・髄液細胞数の増加 ・その他()		
5 診断方法 ・意識障害を伴って死亡した者、または意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、次の①②③の少なくとも1つの症状を呈したことを確認 ①38度以上の高熱、 ②何らかの中樞神経症状、 ③先行感染症状 (熱性痲痺、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷等、明らかに感染性とは異なる場合は除外する。)		
6 初診年月日 平成 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)
7 診断(検索※)年月日 平成 年 月 日		
8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
9 発病年月日(*) 平成 年 月 日		
10 死亡年月日(※) 平成 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、死亡者を検索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。)

別記様式 5-4

別記様式 5-4

クリプトスポリジウム症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の類型
・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 症 状	・腹痛 ・発熱 ・その他（ ）	・下痢 ・免疫不全
	1 1 感染原因・感染経路・感染地域	
5 診断方法	①感染原因・感染経路（確定・推定）	
	1 経口感染（飲食物の種類・状況： _____） 2 水系感染（水の種類・状況： _____） 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____） 4 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____） 5 性的接触（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 6 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 _____ 詳細地域 _____）	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検査(※)）年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日（*）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	平成 年 月 日	

「1」欄は診断から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、死亡者を検査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。)

別記様式 5-5 (略)

別記様式 5-4

別記様式 5-4

クリプトスポリジウム症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の類型
・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 症 状	・腹痛 ・発熱 ・その他（ ）	・下痢 ・免疫不全
	1 1 感染原因・感染経路・感染地域	
5 診断方法	①感染原因・感染経路（確定・推定）	
	1 経口感染（飲食物の種類・状況： _____） 2 水系感染（水の種類・状況： _____） 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____） 4 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____） 5 性的接触（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 6 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 _____ 詳細地域 _____）	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検査(※)）年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日（*）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	平成 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、死亡者を検査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。)

別記様式 5-5 (略)

別記様式 5-6

別記様式 5-6

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型
・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(月)

4 症 状	・ショック ・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・DIC ・軟部組織炎 ・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状 ・その他()	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 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 経口感染(飲食物の種類・状況:) 3 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 4 創傷感染(創傷の部位・状況:) 5 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 詳細地域)
	5 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・壊死軟部組織・その他() 血清群: A群・B群・C群・G群 その他(群) M型/T型別: M()型、T()型 ・その他の検査方法() 検体() 結果()	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断(検査(※))年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日(*)	平成 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

この届出は診断から7日以内に行うこと

(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。)

別記様式 5-7 (略)

別記様式 5-6

別記様式 5-6

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型
・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(月)

4 症 状	・ショック ・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・DIC ・軟部組織炎 ・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状 ・その他()	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 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 経口感染(飲食物の種類・状況:) 3 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 4 創傷感染(創傷の部位・状況:) 5 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 詳細地域)
	5 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体:血液・髄液・壊死軟部組織・その他() 血清群: A群・B群・C群・G群 その他(群) M型/T型別: M()型、T()型 ・その他の検査方法() 検体() 結果()	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断(検査(※))年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日(*)	平成 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

この届出は診断から7日以内に行うこと

(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。)

別記様式 5-7 (略)

別記様式 5-8

別記様式 5-8

ジアルジア症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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 症 状	・腹部不快感 ・下痢 ・胆管炎 ・胆嚢炎 ・その他（ ）
	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・状況： ） 3 性的接触（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 4 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 詳細地域 ）
5 診断方法	・鏡検による病原体の検出 検体：便 ・ 十二指腸液・胆汁・その他（ ） ・病原体抗原の検出 検体：便 ・ 十二指腸液・胆汁・その他（ ） 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：便 ・ 十二指腸液・胆汁・その他（ ） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）
	6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断（検査(※)）年月日 平成 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 9 発病年月日（*） 平成 年 月 日 10 死亡年月日(※) 平成 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。)

別記様式 5-9～5-14 (略)

別記様式 5-8

別記様式 5-8

ジアルジア症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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っては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）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 症 状	・腹部不快感 ・下痢 ・胆管炎 ・胆嚢炎 ・その他（ ）
	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 2 水系感染（水の種類・状況： ） 3 性的接触（A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 4 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 詳細地域 ）
5 診断方法	・鏡検による病原体の検出 検体：便 ・ 十二指腸液・胆汁・その他（ ） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）
	6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断（検査(※)）年月日 平成 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 9 発病年月日（*） 平成 年 月 日 10 死亡年月日(※) 平成 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。)

別記様式 5-9～5-14 (略)

別記様式5-14-2

別記様式5-14-2

風 し ん 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 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)

1 診断（検査）した者（死体）の類型
 ・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）

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 検査診断例、2) 臨床診断例		①感染原因・感染経路（確定・推定）
4 発疹・発熱・リンパ節腫脹・関節痛・関節炎・血小板減少性紫斑病・脳炎・その他（ ）		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（ ）
5 分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・血液・髄液・尿・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：咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ ） 血清IgM抗体の検出 ペア血清での抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：EIA・HI・その他（ ） その他の検査方法（ ） 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）
6 初診年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		③風しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H）年 ____ 月 ____ 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / / ・不明）
7 診断（検査(※)）年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		2 回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H）年 ____ 月 ____ 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / / ・不明）
8 感染したと推定される年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
9 発病年月日（*） 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
10 死亡年月日（※） 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		

(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、死亡者を検査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。)

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記様式5-14-2

別記様式5-14-2

風 し ん 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 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)

1 診断（検査）した者（死体）の類型
 ・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）

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 検査診断例、2) 臨床診断例		①感染原因・感染経路（確定・推定）
4 発疹・発熱・リンパ節腫脹・関節痛・関節炎・血小板減少性紫斑病・脳炎・その他（ ）		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（ ）
5 分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・血液・髄液・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：咽頭拭い液・血液・髄液・その他（ ） 血清IgM抗体の検出 ペア血清での抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：EIA・HI・その他（ ） その他の検査方法（ ） 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）
6 初診年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		③風しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H）年 ____ 月 ____ 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / / ・不明）
7 診断（検査(※)）年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		2 回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H）年 ____ 月 ____ 日・不明） 製造会社/Lot番号（ / / ・不明）
8 感染したと推定される年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
9 発病年月日（*） 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
10 死亡年月日（※） 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		

(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、死亡者を検査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。)

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記様式 5-14-3

1. 麻しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をしていただくこととなっておりますが、麻しんに対するより迅速な行政対応に資するため、麻しんを診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。
 2. 臨床診断例については、届出後であっても可能な限り検査診断を実施し、その結果について最寄りの保健所に報告していただくようお願いいたします。

別記様式 5-14-3

麻しん発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
（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）

1 診断（検査）した者（死体）の類型 ・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（0歳は月齢） 歳（ か月）
---	---------------	---------------------------

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻しん（検査診断例） 2) 麻しん（臨床診断例） 3) 修飾麻しん（検査診断例）	①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源となった麻しん患者・状況： _____） 2 接触感染（感染源となった麻しん患者・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 _____ 詳細地域 _____ 渡航期間 _____） ③麻しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明） 2 回目 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明）
4 症状 ・発熱（月 日出現） ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・ 眼脂 ・コブリック斑 ・発疹（月 日出現） ・肺炎 ・ 中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・脳炎（急性脳炎の届出 もお願いします） ・その他（ _____）	6 初診年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 7 診断（検査）年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 8 感染したと推定される年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 9 発病年月日（*） _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 10 死亡年月日（※） _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
5 診断方法 (ア) 分離・固定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ _____） 検体採取日（月 日） _____ 結果（陽性・陰性） _____ 遺伝子型：（ _____） (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ _____） 検体採取日（月 日） _____ 結果（陽性・陰性） _____ 遺伝子型：（ _____） (ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日（月 日） _____ 結果（陽性・陰性・判定保留） _____ 抗体価：（ _____） (エ) ベア血清での抗体の検出 検体採取日（1回目 月 日 2回目 月 日） _____ 抗体価（1回目 _____ 2回目 _____） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法： EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他（ _____） (オ) その他の検査方法（ _____） 検体（ _____） 検体採取日（月 日） _____ 結果（ _____） (カ) 臨床決定（ _____）	

(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、死亡者を検査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。)

別記様式 7-1~7-4 (略)

別記様式 5-14-3

1. 麻しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をしていただくこととなっておりますが、麻しんに対するより迅速な行政対応に資するため、麻しんを診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。
 2. 臨床診断例については、届出後であっても可能な限り検査診断を実施し、その結果について最寄りの保健所に報告していただくようお願いいたします。

別記様式 5-14-3

麻しん発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

医師の氏名 _____ 報告年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
（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）

1 診断（検査）した者（死体）の類型 ・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（0歳は月齢） 歳（ か月）
---	---------------	---------------------------

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻しん（検査診断例） 2) 麻しん（臨床診断例） 3) 修飾麻しん（検査診断例）	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 _____ 詳細地域 _____） ③麻しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明） 2 回目 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明）
4 症状 ・発熱 ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・眼脂 ・ コブリック斑 ・発疹 ・肺炎 ・中耳炎 ・ 腸炎 ・クループ ・脳炎	6 初診年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 7 診断（検査）年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 8 感染したと推定される年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 9 発病年月日（*） _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 10 死亡年月日（※） _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
5 診断方法 (ア) 分離・固定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・その他（ _____） 遺伝子型：（ _____） (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・その他（ _____） 遺伝子型：（ _____） (ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日（月 日） _____ 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法： EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他（ _____） (エ) ベア血清での抗体の検出 検体採取日（1回目 月 日 2回目 月 日） _____ 抗体価（1回目 _____ 2回目 _____） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法： EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他（ _____） (オ) その他の検査方法（ _____） 検体（ _____） 検体採取日（月 日） _____ 結果（ _____） (カ) 臨床決定（ _____）	

(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、死亡者を検査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。)

別記様式 7-1~7-7 (略)

別記様式7-5

感染症発生動向調査（基幹定点）

週報

調査期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名

ID番号	性	年齢 (歳は月齢)	疾病名*	病原体名称 (検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法**	検体名
1			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
2			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
3			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
4			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
5			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
6			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
7			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
8			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
9			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
10			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	

- * 疾病名
 1: 細菌性髄膜炎
 2: 細菌性髄膜炎 (真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む)
 3: マイコプラズマ肺炎
 4: クラミジア肺炎 (全数届出疾患のオウム病を除く)

- ** 病原体検査方法
 1: 分離・同定 2: 抗原検出 3: 核酸検出 (PCR・LAMP等)
 4: 塗抹検鏡 5: 電顕 6: 抗体検出
 7: その他

<記載上の注意>
 ・細菌性髄膜炎および真菌性髄膜炎：病原体が判明している場合は、その病原体名(検査検出された場合は、主要なもの二種のみに記載)、その結果を得た病原体検査方法(複数の場合は、最も優先となった方法一つを選択)及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名特欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査種の記載は不要)。
 ・マイコプラズマ肺炎：病原体検査検出が必須。病原体名特欄に *M. pneumoniae* と記載の上、病原体検査方法 (1, 6, 7)のいずれか、複数の場合は主要な一つを選択し、及びその検体名を記載してください。
 ・クラミジア肺炎：病原体検査検出が必須。病原体名特欄に *C. pneumoniae*、*C. trachomatis* を記載の上、病原体検査方法 (1, 2, 3, 6, 7)のいずれか、複数の場合は主要な一つを選択し、及びその検体名を記載してください。

別記様式7-5

感染症発生動向調査（基幹定点）

週報

調査期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名

ID番号	性	年齢 (歳は月齢)	疾病名*	病原体名称 (検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法**	検体名
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	

- * 疾病名
 1: 細菌性髄膜炎
 2: 細菌性髄膜炎 (真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む)
 3: マイコプラズマ肺炎
 4: クラミジア肺炎 (全数届出疾患のオウム病を除く)

- ** 病原体検査方法
 1: 分離・同定 2: 抗原検出 3: 核酸・PCR
 4: 塗抹検鏡 5: 電顕 6: 抗体検出
 7: その他

<記載上の注意>
 ・細菌性髄膜炎および真菌性髄膜炎：病原体が判明している場合は、その病原体名(検査検出された場合は、主要なもの二種のみに記載)、その結果を得た病原体検査方法(複数の場合は、最も優先となった方法一つを選択)及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名特欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査種の記載は不要)。
 ・マイコプラズマ肺炎：病原体検査検出が必須。病原体名特欄に *M. pneumoniae* と記載の上、病原体検査方法 (1, 6, 7)のいずれか、複数の場合は主要な一つを選択し、及びその検体名を記載してください。
 ・クラミジア肺炎：病原体検査検出が必須。病原体名特欄に *C. pneumoniae*、*C. trachomatis* を記載の上、病原体検査方法 (1, 2, 3, 6, 7)のいずれか、複数の場合は主要な一つを選択し、及びその検体名を記載してください。