

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 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 症状 5 診断方法 6 初診年月日 7 診断（検案(※)）年月日 8 感染したと推定される年月日 9 発病年月日（*） 10 死亡年月日(※)
11 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 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/Lot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/Lot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/Lot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/Lot番号（ / ・不明）

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。）