別記様式４－９

# 回　帰　熱　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（　　か月） | |
| ７　当該者住所<br>電話（　　）　－ | | | | |
| ８　当該者所在地<br>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）<br>電話（　　）　－ | | | |

| | |
|---|---|
| 11<br>症状 | ・発熱　・咳　・出血傾向<br>・結膜炎　・肝腫大　・脾腫<br>・黄疸　・発疹　・肝機能異常<br>・心筋炎　・脳出血　・肺炎<br>・菌血症<br>・その他（　　）<br>・なし |
| 12<br>診断方法 | ・分離・同定による病原体の検出<br>検体：血液・その他（　　）<br>菌種名（　　）<br>・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出<br>検体：血液・その他（　　）<br>・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出<br>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br>検体：血液・その他（　　）<br>・その他の方法（　　）<br>検体（　　）<br>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　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（　　）

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 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| １４　診断（検案(※)）年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| １５　感染したと推定される年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| １６　発病年月日（＊） | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| １７　死亡年月日（※） | 令和 | 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

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〇で囲み、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。）