

## 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） ・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	・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 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 _____）
5	・鏡検による病原体の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・脾液・その他（ _____） ・病原体抗原の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・脾液・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・生検組織・十二指腸液・胆汁・すい液・その他（ _____） ・その他の検査方法（ _____） 検体（ _____） 結果（ _____）	
6	初診年月日	令和 年 月 日
7	診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日
8	感染したと推定される年月日	令和 年 月 日
9	発病年月日（*）	令和 年 月 日
10	死亡年月日(※)	令和 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。）