

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 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	・頭痛 ・発熱 ・嘔吐 ・痙攣 ・意識障害 ・項部硬直 ・大泉門膨隆 ・ショック ・髄膜炎 ・肺炎 ・菌血症 ・関節炎 ・脳膿瘍 ・喉頭蓋炎 ・多臓器不全 ・その他（ ）	5	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 血清型：未実施・b群・その他（ 型） ・検体からの直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液・その他（ ） 血清型：未実施・b群・その他（ 型） ・ラテックス法による病原体抗原の検出 ・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				

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 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。)