

**侵襲性肺炎球菌感染症発生届**

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	・頭痛                      ・発熱                      ・咳 ・全身倦怠感              ・嘔吐                      ・痙攣 ・意識障害                ・項部硬直                ・大泉門膨隆 ・髄膜炎                    ・肺炎                      ・中耳炎 ・菌血症                    ・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 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肺炎球菌ワクチン接種歴 1回目 有（      歳）・無・不明 ワクチンの種類（      ）価結合型・2 3価多糖体・不明 接種年月日（ S・H・R      年      月      日      ・不明） 製造会社/L o t 番号（                      /                      ・不明） 2回目 有（      歳）・無・不明 ワクチンの種類（      ）価結合型・2 3価多糖体・不明 接種年月日（ S・H・R      年      月      日      ・不明） 製造会社/L o t 番号（                      /                      ・不明） 3回目 有（      歳）・無・不明 ワクチンの種類（      ）価結合型・2 3価多糖体・不明 接種年月日（ S・H・R      年      月      日      ・不明） 製造会社/L o t 番号（                      /                      ・不明） 4回目 有（      歳）・無・不明 ワクチンの種類（      ）価結合型・2 3価多糖体・不明 接種年月日（ S・H・R      年      月      日      ・不明） 製造会社/L o t 番号（                      /                      ・不明）
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・（                      ）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・（                      ）型 ・病原体抗原の検出 検査法（ラテックス法・イムノクロマト法） ・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。)