

急性灰白髄炎発生届

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 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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 (月) | |
| 7 当該者住所 | | | | |
| 電話 () - | | | | |
| 8 当該者所在地 | | | | |
| 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) | | | |
| | 電話 () - | | | |

| 病 型 | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
|---|---|
| 1)野生株由来、 2)ワクチン株由来、 3)VDPV (vaccine-derived poliovirus) 由来、 4)その他 (_____)、5)不明 | 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 接触感染 (接触した人・物の種類・状況: _____) 3 その他 (_____) |
| 11 症 状 ・発熱 ・頭痛 ・胃腸症状 ・弛緩性麻痺 ・その他 (_____) ・なし ・全身倦怠感 ・感冒様症状 ・項部硬直 ・腱反射の減弱・消失 | |
| 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 便・その他 (_____) ・その他の方法 (_____) 検体 (_____) 結果 (_____) | |
| 13 初診年月日 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 |
| 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 | |

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○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。)

結 核 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 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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つては、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 ・疑似症患者 ・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 (月) | |
| 7 当該者住所 | | | | |
| 電話 () - | | | | |
| 8 当該者所在地 | | | | |
| 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) | | |
| | | 電話 () - | | |

| 病 型 | 18 感染原因・感染経路・感染地域 |
|---|--|
| 1) 肺結核 2) その他の結核 () | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況 : 2 その他 () |
| 11 症 状 ・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし | |
| 12 診断方法 ・塗抹検査による病原体の検出 検体：喀痰・その他 () ・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・その他 () ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・その他 () ・病理検査における特異的所見の確認 検体：() 所見：() ・ツベルクリン反応検査 (発赤・硬結・水疱・壊死) ・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験 ・画像検査における所見の確認 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 () | 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 | 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 |
| 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 | |

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○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。)

ジフテリア発生届

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 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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つては、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） ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月) | 6 当該者職業 |
| 7 当該者住所 電話 () - | | | | |
| 8 当該者所在地 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) 電話 () - | | | |

| | | |
|----|---|--|
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・リンパ節腫脹 ・心筋炎 ・呼吸障害 ・その他 () ・なし | 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 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況:) 2 経口感染 (飲食物の種類・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 その他 () |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認 検体 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () | 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ジフテリア含有ワクチン接種歴 (有 ・ 無 ・ 不明) |
| 13 | 初診年月日 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 |
| 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 | |

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○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。)

重症急性呼吸器症候群（SARS）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 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)

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) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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 (月) | |
| 7 当該者住所 | | | | |
| 電話 () - | | | | |
| 8 当該者所在地 | | | | |
| 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) | | |
| | | 電話 () - | | |

| | | | |
|----|---|----|---|
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・筋肉痛 ・低酸素血症 ・その他 () ・なし | 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) |
| 症 | <ul style="list-style-type: none"> ・咳 ・呼吸困難 ・下痢 | | 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況:) 2 経口感染 (飲食物の種類・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 針等の鋭利なものの刺入による感染 (刺入物の種類・状況:) 6 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 7 その他 () |
| 状 | () | | 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) |
| 12 | ・分離・同定による病原体の検出 検体: 鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・便・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・便・その他 () ・ELISA法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM・IgG) ・中和試験による血清抗体の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 () | | 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 |
| | 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 | | |

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○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。)

中東呼吸器症候群（MERS）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 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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 ・疑似症患者 ・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 | | | | | |
| 電話（ ） - | | | | | |
| 8 当該者所在地 | | | | | |
| 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） | | | | |
| | 電話（ ） - | | | | |

| | | |
|------------------|---|--|
| 11 症状 | ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・その他（ _____ ） ・なし | 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 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： _____ ） |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体（鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他： _____ ） ・検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 検体（鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他： _____ ） | 3 ヒトコブラクダその他の動物からの感染（動物の種類・状況： _____ ） 4 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 _____ ） ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可） |
| 13 初診年月日 | 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 |
| 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 | |

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12 及び 18 欄においては該当する番号等を○で囲み、4, 5 及び 13 から 17 までの欄においては年齢又は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 及び 12 欄においては、該当するもの全てを記載すること。)

鳥インフルエンザ（H5N1）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 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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 ・疑似症患者 ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ か月） | 6 当該者職業 | |
| 7 当該者住所 電話（ ） - | | | | | |
| 8 当該者所在地 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） 電話（ ） - | | | | |

| | | | |
|------------------|---|---|--|
| 11 症状 | ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・その他（ _____ ） ・なし | 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 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： _____ ） | |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体（ _____ ） HN亜型：H5N1 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ _____ ） H亜型：H5 N亜型：（ _____ ） | 3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： _____ ） 4 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 _____ ） ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可） | |
| 13 初診年月日 | 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 | |
| 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 | | |

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○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。)

鳥インフルエンザ（H7N9）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 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ か月） | 6 当該者職業 | |
| 7 当該者住所 電話（ ） - | | | | | |
| 8 当該者所在地 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） 電話（ ） - | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 11 症 状 | ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・脳症 ・その他（ _____ ） ・なし | 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 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 鳥（鶏、あひる、鳩等）又はその他の動物からの感染（鳥や動物の種類・状況： _____ ） 4 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 _____ ） ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可） | | | |
| | 12 診 断 方 法 | ・分離・同定による病原体の検出 検体（ _____ ） HN亜型：H7N9 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ _____ ） H亜型：H7 N亜型：（ _____ ） | | | |
| 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○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。)