



福岡医発第80号（地）

平成25年 4月 6日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

（ 公 印 省 略 ）

「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12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

標記の件につきまして、厚生労働省健康局結核感染症課長より日本医師会並びに福岡県保健医療介護部保健衛生課を通して別紙のとおり通知がありました。

今回の改正は、①五類感染症の対象疾病に、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症を追加することに伴うもの、②麻しんの届出様式において、臨床診断後に原則として検査診断を行うこととし、麻しん患者が否かを、より精緻に判断出来るように変更すること、③E型肝炎のIgA 検査等、最近の知見から診断方法として認められると判断された検査方法、検査材料等について追加・修正すること等であります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のいたたくとともに、貴会会員へ周知方ご高配いただきますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

(地Ⅲ231)

平成25年3月11日

都道府県医師会

感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長

小 森 貴

「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

標記の件につきまして、今般、厚生労働省健康局結核感染症課長より各都道府県衛生主管部（局）長宛通知がなされ、本会に対して周知方依頼がまいりました。

今回の改正は、①五類感染症の対象疾病に、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症を追加することに伴うもの、②麻しんの届出様式において、臨床診断後に原則として検査診断を行うこととし、麻しん患者か否かを、より精緻に判断出来るように変更すること、③E型肝炎のIgA検査等、最近の知見から診断方法として認められると判断された検査方法、検査材料等について追加・修正すること等であります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会、関係医療機関等に周知方ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

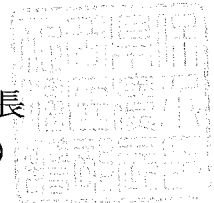


24保衛第3362号
平成25年3月13日

社団法人福岡県医師会長
社団法人福岡県病院協会長
社団法人福岡県私設病院協会長
全国自治体病院協議会福岡県支部長
社団法人福岡県精神科病院協会長

殿

福岡県保健医療介護部長
(保健衛生課感染症係)



「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

このことについて、厚生労働省健康局結核感染症課長から別添のとおり通知がありましたのでお知らせします。

本改正の概要については下記のとおりですので、内容について御了知いただくとともに、貴会会員に対して周知していただきますようお願いいたします。

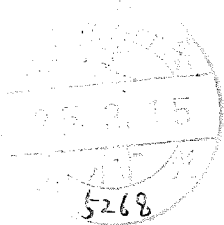
記

1 改正の概要

- (1) 五類感染症（全数把握対象疾患）に追加となった侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症及び侵襲性肺炎球菌感染症に係る届出基準の追加等
- (2) 検査方法のうち、「PCR法」について、LAMP法等の核酸増幅法全般を指す旨、用語の定義を変更
- (3) その他E型肝炎のIgA検査等、最近の知見から診断方法として認められると判断された検査方法、検査材料等を届出基準に追加又は修正

2 施行期日

平成25年4月1日

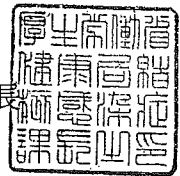


健感発0307第2号

平成25年3月7日

社団法人 日本医師会
感染症危機管理対策室長
小森 貴 殿

厚生労働省健康局
結核感染症課長



「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
及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

標記について、今般、別添（写）のとおり、各都道府県、政令市及び特別区衛生主管部（局）長あて通知したところであります。

つきましては、都道府県医師会及び貴会会員への周知について、特段のご配慮方よろしくお願いいたします。



健感発 0307 第2号
平成 25 年 3 月 7 日

各 { 都道府県
政令市
特別区 } 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長



「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

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施行規則の一部を改正する省令(平成25年3月7日厚生労働省令第23号)が平成25年3月7日公布されたところである。

また、麻しん対策について、平成24年12月14日付けで「麻しんに関する特定感染症予防指針(平成19年12月28日厚生労働省告示第442号)」が改正され、平成25年4月1日より適用されるところである。これを踏まえ、届出様式において、臨床診断後に原則として検査診断を行うこととし、麻しん患者か否かを、より精緻に判断出来るように変更することとした。

このほか、E型肝炎のIgA検査等、最近の知見から診断方法として認められると判断された検査方法、検査材料等について、追加・修正することとした。

以上について、「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」(平成18年3月8日健感発第0308001号)について、別添の新旧対照表のとおり改正することとしたので、御了知の上、関係機関に周知願いたい。

なお、本改正については、平成25年4月1日から施行する。

「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」 新旧対照表

新	旧
別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準	別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準
第1 一般的事項	第1 一般的事項
1 検査方法に関する留意事項 分離・同定による病原体の検出の「同定」には、生化学的性状、抗血清、PCR法（LAMP法等の核酸増幅法全般をいう。以下同じ。）による同定など、種々の同定方法を含む。 抗体検査による感染症の診断には、 （1）急性期と回復期のペア血清による抗体の陽転（陰性から陽性へ転じること） （2）急性期と回復期のペア血清による抗体価の有意上昇 （3）急性期のIgM抗体の検出 （4）単一血清でのIgG抗体の検出による診断もあり得るが、その場合、臨床症状等総合的な判断が必要である。 のいずれかが用いられる。 なお、「抗体価の有意上昇」とは、血清の段階希釈を実施する方法を使用した場合においてのみ利用可能であり、4倍以上の上昇を示した場合をいう。ただし、ELISA法、EIA法等、吸光度（インデックス）で判定する検査法においては、この値（4倍）を用いることはできない。	1 検査方法に関する留意事項 分離・同定による病原体の検出の「同定」には、生化学的性状、抗血清、PCR法による同定など、種々の同定方法を含む。 抗体検査による感染症の診断には、 （1）急性期と回復期のペア血清による抗体の陽転（陰性から陽性へ転じること） （2）急性期と回復期のペア血清による抗体価の有意上昇 （3）急性期のIgM抗体の検出 （4）単一血清でのIgG抗体の検出による診断もあり得るが、その場合、臨床症状等総合的な判断が必要である。 のいずれかが用いられる。 なお、「抗体価の有意上昇」とは、血清の段階希釈を実施する方法を使用した場合においてのみ利用可能であり、4倍以上の上昇を示した場合をいう。ただし、ELISA法、EIA法等、吸光度（インデックス）で判定する検査法においては、この値（4倍）を用いることはできない。
2～3 （略）	2～3 （略）
第2 （略）	第2 （略）
第3 二類感染症	第3 二類感染症
1～3 （略）	1～3 （略）
4 重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る） （1）～（2） （略）	4 重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る） （1）～（2） （略）

(3) 届出基準
ア～オ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻咽頭拭い液、喀痰、尿、便
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出、又は中和試験による抗体の検出	血清

5 (略)

第4 (略)

第5 四類感染症

1 E型肝炎

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液・便
IgM抗体若しくはIgA抗体の検出	血清

10 Q熱

(1) 定義

コクシエラ科コクシエラ属の *Coxiella burnetii* の感染によって起こる感染症である。

(2)～(3) (略)

21 デング熱

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準
ア～オ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻咽頭拭い液、喀痰、尿、便
PCR法又はLAMP法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出、又は中和試験による抗体の検出	血清

5 (略)

第4 (略)

第5 四類感染症

1 E型肝炎

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～エ (略)

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液
IgM抗体の検出	血清

10 Q熱

(1) 定義

リケッチア科コクシエラ属の *Coxiella burnetii* の感染によって起こる感染症である。

(2)～(3) (略)

21 デング熱

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
非構造蛋白抗原 (NS1) の検出	血清
I g M抗体の検出	
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

3 0 ブルセラ症
(1) ～ (2) (略)
(3) 届出基準
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髓、膿瘍
試験管凝集反応による抗体の検出 (抗原がアポルタスの場合は40倍以上、カニスの場合は160倍以上の抗体価)	血清

4 1 レジオネラ症
(1) (略)
(2) 臨床的特徴

在郷軍人病 (レジオネラ肺炎) とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。
なお、届出上の病型については、肺炎若しくは多臓器不全の認められるものを肺炎型とし、それ以外をポンティアック熱型とする。

(3) (略)

(3) 届出基準
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

3 0 ブルセラ症
(1) ～ (2) (略)
(3) 届出基準
ア～エ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髓
試験管凝集反応による抗体の検出 (抗原がアポルタスの場合は40倍以上、カニスの場合は160倍以上の抗体価)	血清
補体結合反応による抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

4 1 レジオネラ症
(1) (略)
(2) 臨床的特徴

在郷軍人病 (レジオネラ肺炎) とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

(3) (略)

第6 五類感染症

1～8 (略)

9 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1) 定義

Haemophilus influenzaeによる侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。発症は一般に突発的であり、上気道炎や中耳炎を伴って発症することがある。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等の症状を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱や発疹を呈すが、臨床症状が特異的ではないことも多く、急速に重症化して肺炎や喉頭蓋炎並びにショックを来すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

第6 五類感染症

1～8 (略)

(新規)

9-1 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1) 定義

*Neisseria meningitidis*による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～10日（平均4日）で、発症は突発的である。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱を呈し、重症化を来すと紫斑の出現、ショック並びにDIC（Waterhouse-Friedrichsen症候群）に進展することがある。本疾患の特徴として、点状出血が眼球結膜や口腔粘膜、皮膚に認められ、また出血斑が体幹や下肢に認められる。

世界各地に散发性又は流行性に発症し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾期に多発する。

学生寮などで共同生活を行う10代が最もリスクが高いとされているため、特に共同生活をしている例ではアウトブレイクに注意が必要である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。特に、患者が学生寮などで共同生活を行っている場合には、早期の対応が望まれる。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

9 髄膜炎菌性髄膜炎

(1) 定義

*Neisseria meningitidis*による急性化膿性髄膜炎である。

(2) 臨床的特徴

突然の発症がみられ（潜伏期は2～4日）、髄膜炎症状（頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状、乳児では大泉門膨隆）を示す。点状出血がみられることもある。敗血症例ではショック並びにDICを来し（Waterhouse-Friedrichsen症候群）、細菌性の関節炎を伴うこともある。世界各地に散发性又は流行性に発生し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾季に多発する。本邦ではまれである。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から髄膜炎菌性髄膜炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、髄膜炎菌性髄膜炎と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、髄膜炎菌性髄膜炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、髄膜炎菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液

14-5 侵襲性肺炎球菌感染症

(1) 定義

Streptococcus pneumoniae による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。小児及び高齢者を中心とした発症が多く、小児と成人でその臨床的特徴が異なる。

ア 小児

成人と異なり、肺炎を伴わず、発熱のみを初期症状とした感染巣のはっきりしない菌血症例が多い。また、髄膜炎は、直接発症するものの他、肺炎球菌性の中耳炎に続いて発症することがある。

イ 成人

発熱、咳嗽、喀痰、息切れを初期症状とした菌血症を伴う肺炎が多い。髄膜炎例では、頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状等の症状を示す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(新規)

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液
ラテックス法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	髄液

10～12 (略)

13 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μ g/ml 以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μ g/ml 以上、かつ分離菌が感染症の起原因菌であるとの判定。	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

14 バンコマイシン耐性腸球菌感染症

(1) 定義

バンコマイシンに対して耐性を示す腸球菌 (VRE) による感染症である。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μ g/ml 以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体

10～12 (略)

13 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ、薬剤耐性の特性の確認 (分離菌のバンコマイシンのMIC値が32 μ g/ml 以上)	血液、通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が32 μ g/ml 以上、かつ分離菌が肺炎などの深在性、侵襲性若しくは全身感染症の起原因菌であるとの判定。	喀痰、無菌的ではない検体

14 バンコマイシン耐性腸球菌感染症

(1) 定義

バンコマイシン耐性遺伝子 (vanA, vanB, vanC) を保有する腸球菌 (VRE) による感染症である。

(2) (略)

(3) 届出基準

ア～イ (略)

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ、薬剤耐性の特性の確認 (分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μ g/ml 以上)	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常は無菌的であるべき臨床検体

分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml 以上、かつ分離菌が感染症の起因菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体	分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌からの vanA、vanB 又は vanC 遺伝子の検出	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常は無菌的であるべき臨床検体
14－2～35 （略）		14－2～35 （略）	
36 細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。）		36 細菌性髄膜炎（髄膜炎菌性髄膜炎をのぞく）	
(1) 定義 髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く種々の細菌感染症による髄膜炎の感染症である。		(1) 定義 種々の細菌感染症による髄膜炎の感染症である。	
(2) ～ (5) （略）		(2) ～ (5) （略）	
37 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		37 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	
(1) 定義 ペニシリンGに対して耐性を示す肺炎球菌による感染症である。		(1) 定義 ペニシリンGに対して耐性のある肺炎球菌による感染症である。	
(2) ～ (3) （略）		(2) ～ (3) （略）	
(4) 届出のために必要な検査所見		(4) 届出のために必要な検査所見	
検査方法	検査材料	検査方法	検査材料
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 μg/ml 以上又は、オキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が19mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体	菌の分離による病原体の検出 (敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、ペニシリンのMIC ≥ 0.125 μg/ml 又は、オキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が19mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 μg/ml 以上又は、オキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が19mm以下、かつ分離菌が感染症の起因菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体	菌の分離による病原体の検出、かつ、感染症の起因菌と判定された場合 (呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、ペニシリンのMIC ≥ 0.125 μg/ml 又は、オキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が19mm以下)	喀痰、膿、尿、便、無菌的ではない検体

38 マイコプラズマ肺炎

(1) ~ (3) (略)

(3) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出(迅速診断キット))	血清

39~40 (略)

41 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml 以上、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、 <u>その他の通常無菌的であるべき検体</u>
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml 以上、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下、 <u>かつ分離菌が感染症の起因菌と判定された場合</u>	喀痰、膿、尿、 <u>その他の通常無菌的ではない検体</u>

38 マイコプラズマ肺炎

(1) ~ (3) (略)

(3) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
PCR法又はLAMP法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出(迅速診断キット))	血清

39~40 (略)

41 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) ~ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
菌の分離による病原体の検出(敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、オキサシリンのMIC $\geq$ 4 µg/ml、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
菌の分離による病原体の検出、かつ、 <u>感染症の起因菌と判定された場合(呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症)</u> 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、オキサシリンのMIC $\geq$ 4 µg/ml、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が10mm以下)	
	喀痰、膿、尿、 <u>便</u> 、無菌的ではない検体

4 2 薬剤耐性アシネトバクター感染症

(1) ～ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が16 μg/ml 以上 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 μg/ml 以上 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 μg/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ以下の3つの条件を全て満たし、かつ分離菌が感染症の起因菌と判定された場合 ア イミペネムのMIC値が16 μg/ml 以上 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 μg/ml 以上 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 μ	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

4 2 薬剤耐性アシネトバクター感染症

(1) ～ (3) (略)

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出(敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。) ア イミペネムのMIC$\geq$16 μg/ml 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC$\geq$32 μg/ml 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC$\geq$4 μg/ml 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
分離・同定による病原体の検出、かつ、感染症の起因菌と判定された場合(呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、皮膚・軟部組織感染症、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、眼炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。) ア イミペネムのMIC$\geq$16 μg/ml 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC$\geq$32 μg/ml 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC$\geq$4 μg/ml	喀痰、気道分泌液、口腔粘液、膿・滲出液、尿、耳漏、眼脂、無菌的ではない検体

g/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下		又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下)									
4 3 薬剤耐性緑膿菌感染症 (1) ～ (3) (略) (4) 届出のために必要な検査所見		4 3 薬剤耐性緑膿菌感染症 (1) ～ (3) (略) (4) 届出のために必要な検査所見									
<table><tr><th>検査方法</th><th>検査材料</th></tr><tr><td>分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が1 6 μ g/ml 以上 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 3 mm 以下 イ アミカシンのMIC値が3 2 μ g/ml 以上 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 μ g/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下</td><td>血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体</td></tr></table>	検査方法	検査材料	分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が1 6 μ g/ml 以上 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 3 mm 以下 イ アミカシンのMIC値が3 2 μ g/ml 以上 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 μ g/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体		<table><tr><th>検査方法</th><th>検査材料</th></tr><tr><td>分離・同定による病原体の検出 (敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。 ア イミペネムのMIC≧1 6 μ g/ml 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 3 mm 以下 イ アミカシンのMIC≧3 2 μ g/ml 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC≧4 μ g/ml 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下)</td><td>血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体</td></tr></table>	検査方法	検査材料	分離・同定による病原体の検出 (敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。 ア イミペネムのMIC≧1 6 μ g/ml 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 3 mm 以下 イ アミカシンのMIC≧3 2 μ g/ml 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC≧4 μ g/ml 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体	
検査方法	検査材料										
分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が1 6 μ g/ml 以上 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 3 mm 以下 イ アミカシンのMIC値が3 2 μ g/ml 以上 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 μ g/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体										
検査方法	検査材料										
分離・同定による病原体の検出 (敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎) 及び以下の検査室での判断基準を満たすもの (検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。 ア イミペネムのMIC≧1 6 μ g/ml 又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 3 mm 以下 イ アミカシンのMIC≧3 2 μ g/ml 又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 4 mm 以下 ウ シプロフロキサシンのMIC≧4 μ g/ml 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 1 5 mm 以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体										

分離・同定による<u>緑膿菌</u>の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、<u>分離菌が感染症の起因菌と判定された場合</u> ア イミペネムのMIC値が1.6 $\mu\text{g/ml}$ 以上 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.3mm以下 イ アミカシンのMIC値が3.2 $\mu\text{g/ml}$ 以上 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.4mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 $\mu\text{g/ml}$ 以上、又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.5mm以下	喀痰、膿、尿、<u>その他の通常</u> 無菌的ではない検体	分離・同定による病原体の検出、かつ、<u>感染症の起因菌と判定された場合</u>（呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症）及び以下の検査室での判断基準を満たすもの （検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。） ア イミペネムのMIC$\geq$1.6 $\mu\text{g/ml}$ 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.3mm以下 イ アミカシンのMIC$\geq$3.2 $\mu\text{g/ml}$ 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.4mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC$\geq$4 $\mu\text{g/ml}$ 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.5mm以下	喀痰、膿、尿、<u>便</u>、無菌的ではない検体
第7 (略)		第7 (略)	

新

別記様式 1 (略)

別記様式 2-1~2-3 (略)

別記様式 2-4

別記様式 2-4

重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属
SARSコロナウイルスであるものに限る）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

届出の氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
(署名又は記名押印のこと)
届出する医師・診療所の名称 _____
上記医師・診療所の所在地(※) _____
電話番号(※) _____
(※医師・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（検定）した者（死体）の概要	2 患者（確定例）	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢（満月齢）	6 当院者職業
7 当院者住所	8 当院者所在地	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)	

11 診断（検定）した者（死体）の概要	12 感染原因・感染経路・感染地域	13 診断（検定）した者（死体）の概要	14 感染原因・感染経路・感染地域
15 診断（検定）した者（死体）の概要	16 感染原因・感染経路・感染地域	17 診断（検定）した者（死体）の概要	18 感染原因・感染経路・感染地域

この届出は診断結果が確定した後に提出してください

別記様式 2-5 (略)

旧

別記様式 1 (略)

別記様式 2-1~2-3 (略)

別記様式 2-4

別記様式 2-4

重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属
SARSコロナウイルスであるものに限る）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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。

届出の氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
(署名又は記名押印のこと)
届出する医師・診療所の名称 _____
上記医師・診療所の所在地(※) _____
電話番号(※) _____
(※医師・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（検定）した者（死体）の概要	2 患者（確定例）	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢（満月齢）	6 当院者職業
7 当院者住所	8 当院者所在地	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)	

11 診断（検定）した者（死体）の概要	12 感染原因・感染経路・感染地域	13 診断（検定）した者（死体）の概要	14 感染原因・感染経路・感染地域
15 診断（検定）した者（死体）の概要	16 感染原因・感染経路・感染地域	17 診断（検定）した者（死体）の概要	18 感染原因・感染経路・感染地域

この届出は診断結果が確定した後に提出してください

別記様式 2-5 (略)

別記様式 3-1 (略)

別記様式 3-2

別記様式 3-2

細菌性赤痢発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日

患者の氏名 氏名又は記号を押印のこと

発生する施設・診療所の名称

上記施設・診療所の所在地(市)

電話番号(市)

(※施設・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（検査）した者（死体）の属性				
・患者（確定例） ・無症状感染保有者 ・感染症患者の死体 ・感染症患者の死体の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)	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 当該者氏名				
10 医療者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
電話 () -				

11 診断 状況	・発熱 ・下痢 ・嘔吐 ・腹痛 ・その他 ()	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 経口感染 (飲食物の経路・状況) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況) 3 経皮感染 (人・動物・昆虫・植物) 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 ()
	・分離・測定による病原体の検出 検体 (例・その他) 菌株: dysenteriae (A 群)・flexneri (B 群)・boydii (C 群)・sonnei (D 群) 血清型: () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
12 診断方法		
13 診断年月日 平成 年 月 日		
14 診断（検査）年月日 平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16 発症年月日 (※) 平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日		

(1、3、11、12、18欄は該当する番号等○で読み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡を推定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。)

別記様式 3-3～3-5 (略)

別記様式 3-1 (略)

別記様式 3-2

別記様式 3-2

細菌性赤痢発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日

患者の氏名 氏名又は記号を押印のこと

発生する施設・診療所の名称

上記施設・診療所の所在地(市)

電話番号(市)

(※施設・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（検査）した者（死体）の属性				
・患者（確定例） ・無症状感染保有者 ・感染症患者の死体 ・感染症患者の死体の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)	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 当該者氏名				
10 医療者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
電話 () -				

11 診断 状況	・発熱 ・下痢 ・嘔吐 ・腹痛 ・その他 ()	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 経口感染 (飲食物の経路・状況) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況) 3 経皮感染 (人・動物・昆虫・植物) 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 ()
	・分離・測定による病原体の検出 検体 (例・その他) 菌株: dysenteriae (A 群)・flexneri (B 群)・boydii (C 群)・sonnei (D 群) 血清型: () ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	
12 診断方法		
13 診断年月日 平成 年 月 日		
14 診断（検査）年月日 平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16 発症年月日 (※) 平成 年 月 日		
17 死亡年月日 (※) 平成 年 月 日		

(1、3、11、12、18欄は該当する番号等○で読み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡を推定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。)

別記様式 3-3～3-5 (略)

別記様式 4-1

別記様式 4-1

Ⅴ 型 肝 炎 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
 医師の氏名 _____ 印
 （署名又は記名押印のこと）
 発病する患者・診療所の名称 _____
 上記患者・診療所の所在地（市） _____
 電話番号（市） _____
 （※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（検査）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・感染症病原体保有者 ・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（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 発症状況	・発熱 ・食欲不振 ・肝臓腫大 ・その他（ ） ・なし	・全身倦怠感 ・黄疸 ・肝臓腫大 ・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 経口感染（飲食物の経路・状況） 2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況） 3 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・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） ③ その他（ ）		
12 診断方法	・検体から直接のPCR法によるウイルス遺伝子の検出 検体：血液・尿・その他（ ） 遺伝子型：G1・G2・G3・G4 ・血清IgM抗体の検出 ・血清IgA抗体の検出 ・その他の方法（ ） 検体（ ） 検量（ ）		この届出は診断後直ちに行ってください
13 初診年月日	平成 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（検査）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日（※）	平成 年 月 日		
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

（1、3、11、12、18欄は該当する番号等○で読み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
 （※）欄は、死亡者を検出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。）

別記様式 4-2～4-18 （略）

別記様式 4-1

別記様式 4-1

Ⅴ 型 肝 炎 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
 医師の氏名 _____ 印
 （署名又は記名押印のこと）
 発病する患者・診療所の名称 _____
 上記患者・診療所の所在地（市） _____
 電話番号（市） _____
 （※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（検査）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・感染症病原体保有者 ・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（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 発症状況	・発熱 ・食欲不振 ・肝臓腫大 ・その他（ ） ・なし	・全身倦怠感 ・黄疸 ・肝臓腫大 ・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 経口感染（飲食物の経路・状況） 2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況） 3 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・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） ③ その他（ ）		
12 診断方法	・検体から直接のPCR法によるウイルス遺伝子の検出 検体：血液・尿・その他（ ） 遺伝子型：G1・G2・G3・G4 ・血清IgM抗体の検出 ・その他の方法（ ） 検体（ ） 検量（ ）		この届出は診断後直ちに行ってください
13 初診年月日	平成 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（検査）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日（※）	平成 年 月 日		
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

（1、3、11、12、18欄は該当する番号等○で読み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
 （※）欄は、死亡者を検出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。）

別記様式 4-2～4-18 （略）

別記様式4-19

別記様式4-19

チクングニア熱発生届

都道府県知事（保健所設置市・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5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。

届出年月日 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)

届出する施設・診療所の名称
上記施設・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（検査）した者（死体）の属性					
・患者（確定例） ・感染症病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢の誕生日前 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 ・咽痛の程度、腫脹 ・リンパ腫大 ・扁桃腺炎 ・血小版減少 ・脾臓腫大 ・その他（ ） ・なし（ ）	・頭痛 ・全身倦怠 ・リンパ腫大 ・白血球減少 ・神経症状 ・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 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 渡航時期） 19 その他感染源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
	12 診断方法 ・分離・測定による病原体の検出 検体：血液・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：血液・その他（ ） ・血清IgM抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・ペア血清でのIgG抗体によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・ペア血清でのIgG抗体によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・ペア血清でのIgG抗体によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・その他方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）		
13 初診年月日	平成 年 月 日		
14 診断（検査）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日（※）	平成 年 月 日		
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

(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、死亡者を検出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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式4-19

別記様式4-19

チクングニア熱発生届

都道府県知事（保健所設置市・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5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。

届出年月日 平成 年 月 日
医師の氏名 印
(署名又は記名押印のこと)

届出する施設・診療所の名称
上記施設・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（検査）した者（死体）の属性					
・患者（確定例） ・感染症病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢の誕生日前 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 ・咽痛の程度、腫脹 ・リンパ腫大 ・扁桃腺炎 ・血小版減少 ・脾臓腫大 ・その他（ ） ・なし（ ）	・頭痛 ・全身倦怠 ・リンパ腫大 ・白血球減少 ・神経症状 ・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 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 渡航時期） 19 その他感染源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
	12 診断方法 ・分離・測定による病原体の検出 検体：血液・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：血液・その他（ ） ・血清IgM抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・ペア血清でのIgG抗体によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・ペア血清でのIgG抗体によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・ペア血清でのIgG抗体によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体価の有意上昇 ・その他方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）		
13 初診年月日	平成 年 月 日		
14 診断（検査）年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日（※）	平成 年 月 日		
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

(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、死亡者を検出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。)

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式4-20 (略)

別記様式4-21

別記様式4-21

デング熱発生届

都道府県知事(保健所設置市・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(関係第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 平成 年 月 日
 患者の氏名 印
 (署名又は記名押印のこと)
 発生する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地(市)
 電話番号(市)
 (※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(検査)した者(死体)の類型					
・患者(確定例) ・感染性病原体保有者 ・感染性死亡者の死体 ・感染性死亡疑い者の死体					
2 発症者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(月齢)	6 発症者職業	
男・女		年 月 日	歳(か月)		
7 発症者住所			電話() -		
8 発症者所在地			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) デング熱、カデング出血熱		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()
11 発熱 ・2日以上続く発熱 ・発熱 ・全身の筋肉痛 ・骨節痛 ・出血 ・血小板減少 ・100,000/μl以下の血小板減少 ・白血球減少 ・出血 ・ショック ・ヘマトクリットの低下(補正なしで、男性、女性別の正常値の20%以上の上) ・血漿蛋白の低下 ・尿水 ・Tourniquetテスト陽性 ・その他() ・なし		
12 診断方法		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)
・分離・測定による病原体の検出 ・検体・血液・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・血液・その他() ・血清型() ・血清での抗原検出(ELISA) ・血清IgM抗体の検出 ・ペー血清での赤血球凝集阻害抗体の検出 ・検体・抗体凝集・抗体価の有意上昇 ・ペー血清での中和抗体の検出 ・検体・抗体凝集・抗体価の有意上昇 ・その他の方法() ・検体() ・検体()		
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び発症者の医療のために取組む必要と認める事項
14 診断(検査)年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発症年月日(※)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

(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・月・日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検出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。)

別記様式4-22~4-25 (略)

別記様式4-20 (略)

別記様式4-21

別記様式4-21

デング熱発生届

都道府県知事(保健所設置市・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(関係第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 平成 年 月 日
 患者の氏名 印
 (署名又は記名押印のこと)
 発生する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地(市)
 電話番号(市)
 (※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(検査)した者(死体)の類型					
・患者(確定例) ・感染性病原体保有者 ・感染性死亡者の死体 ・感染性死亡疑い者の死体					
2 発症者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(月齢)	6 発症者職業	
男・女		年 月 日	歳(か月)		
7 発症者住所			電話() -		
8 発症者所在地			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) デング熱、カデング出血熱		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()
11 発熱 ・2日以上続く発熱 ・発熱 ・全身の筋肉痛 ・骨節痛 ・出血 ・血小板減少 ・100,000/μl以下の血小板減少 ・白血球減少 ・出血 ・ショック ・ヘマトクリットの低下(補正なしで、男性、女性別の正常値の20%以上の上) ・血漿蛋白の低下 ・尿水 ・Tourniquetテスト陽性 ・その他() ・なし		
12 診断方法		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)
・分離・測定による病原体の検出 ・検体・血液・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・血液・その他() ・血清型() ・血清での抗原検出(ELISA) ・血清IgM抗体の検出 ・ペー血清での赤血球凝集阻害抗体の検出 ・検体・抗体凝集・抗体価の有意上昇 ・ペー血清での中和抗体の検出 ・検体・抗体凝集・抗体価の有意上昇 ・その他の方法() ・検体() ・検体()		
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び発症者の医療のために取組む必要と認める事項
14 診断(検査)年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発症年月日(※)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

(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・月・日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検出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。)

別記様式4-22~4-25 (略)

別記様式 4-26

別記様式 4-26

日本脳炎発生届

都道府県知事（保健所設置市・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、以下のとおり届出する。

届出年月日 平成 年 月 日
 届出者の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 届出する施設・診療所の名称
 上記施設・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（検査）した者（死体）の概要					
・患者（確定例） ・無症状感染保有者 ・感染致死例の死体 ・感染致死例以外の死体					
2 当院者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢（満月齢）	6 当院者職業	
	男・女	年 月 日	歳（ か月）		
7 当院者住所			電話（ ） -		
8 当院者所在地			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 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経障害 ・運動失調 ・その他（ ）	・頭痛 ・項部硬直 ・高熱性 ・痙攣 ・不随意運動	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・虫・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況） 2 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況） 3 その他（ ）
	・なし		
12 診断方法	・分離・検定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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：血液・髄液・その他（ ） ・IgM抗体の検出 検体：血液・髄液・その他（ ） ・ペー血清中のウイルス中和抑制抗体の検出 結果：抗体陽性 ・抗体価の有意上昇 ・ペー血清中の中和抗体の検出 結果：抗体陽性 ・抗体価の有意上昇 ・ペー血清中の抗体結合抗体の検出 結果：抗体陽性 ・抗体価の有意上昇 ・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 区域地域） ③日本製ワクチン接種歴 1 初回 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明） 2 回目 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明） 3 回目 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明） 4 回目 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明）	19 その他感染経路の不明な防止及び当院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	平成 年 月 日	14 診断（検査）年月日
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	16 発病年月日（※）	
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

(1、3、11、12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、死亡者を検出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。)

この届出は診断後速に行ってください

別記様式 4-26

別記様式 4-26

日本脳炎発生届

都道府県知事（保健所設置市・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、以下のとおり届出する。

届出年月日 平成 年 月 日
 届出者の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 届出する施設・診療所の名称
 上記施設・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（検査）した者（死体）の概要					
・患者（確定例） ・無症状感染保有者 ・感染致死例の死体 ・感染致死例以外の死体					
2 当院者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢（満月齢）	6 当院者職業	
	男・女	年 月 日	歳（ か月）		
7 当院者住所			電話（ ） -		
8 当院者所在地			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 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経障害 ・運動失調 ・その他（ ）	・頭痛 ・項部硬直 ・高熱性 ・痙攣 ・不随意運動	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・虫・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況） 2 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況） 3 その他（ ）
	・なし		
12 診断方法	・分離・検定による病原体の検出 検体：血液・髄液・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：血液・髄液・その他（ ） ・IgM抗体の検出 検体：血液・髄液・その他（ ） ・ペー血清中のウイルス中和抑制抗体の検出 結果：抗体陽性 ・抗体価の有意上昇 ・ペー血清中の中和抗体の検出 結果：抗体陽性 ・抗体価の有意上昇 ・ペー血清中の抗体結合抗体の検出 結果：抗体陽性 ・抗体価の有意上昇 ・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 区域地域） ③日本製ワクチン接種歴 1 初回 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明） 2 回目 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明） 3 回目 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明） 4 回目 有（ ） 無（ ） 不明（ ） 接種年月日（S・H） 年 月 日（不明）	19 その他感染経路の不明な防止及び当院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	平成 年 月 日	14 診断（検査）年月日
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	16 発病年月日（※）	
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

(1、3、11、12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、死亡者を検出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。)

この届出は診断後速に行ってください

別記様式4-27~4-29 (略)

別記様式4-30

別記様式4-30

ブルセラ症発生届

都道府県知事(保健所設置市・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5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 平成 年 月 日

報告者の氏名

(署名又は記名押印のこと)

収容する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(市)

電話番号(市)

(※病院・診療所に収容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(検査)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(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 発熱 ・リンパ節腫大 ・咽頭炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・肺炎 ・その他()	12 分離・鑑定による病原体の検出 検体: 血液・骨髓・膿液・その他() 菌種名() ・試験室検出反応による血清抗体の検出 結果: 抗価がアポシタスで40倍以上 抗価がカニステで160倍以上 ・その他の方法() 検体() 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 経口感染(飲食物の種類・状況: 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・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
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の保護のために医師が必要と認める事項
14 診断(検査(※))年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日(※)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検出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。)

この届出は診断書裏面に行ってください

別記様式4-27~4-29 (略)

別記様式4-30

別記様式4-30

ブルセラ症発生届

都道府県知事(保健所設置市・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5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 平成 年 月 日

報告者の氏名

(署名又は記名押印のこと)

収容する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(市)

電話番号(市)

(※病院・診療所に収容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(検査)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(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 発熱 ・リンパ節腫大 ・咽頭炎 ・心内膜炎 ・中枢神経症状 ・肺炎 ・その他()	12 分離・鑑定による病原体の検出 検体: 血液・骨髓・膿液・その他() 菌種名() ・試験室検出反応による血清抗体の検出 結果: 抗価がアポシタスで40倍以上 抗価がカニステで160倍以上 ・ペーパー法での凝集反応抗体の検出 結果: 抗価凝集・所定値の数値以上 ・その他の方法() 検体() 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 経口感染(飲食物の種類・状況: 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・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
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の保護のために医師が必要と認める事項
14 診断(検査(※))年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日(※)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検出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。)

この届出は診断書裏面に行ってください

別記様式4-31~4-34 (略)

別記様式4-35

別記様式4-35

マラリア発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日

患者の氏名 印 (署名又は記名押印のこと)

発症する施設・診療所の名称

上記施設・診療所の所在地(市)

電話番号(市)

(※病院・診療所に就診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(検査)した者(死体)の概要				
・患者(確定例) ・無症状感染体保有者 ・感染症患者の死体 ・感染症患者に接した者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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 () - () - ()		

病 歴		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日間、2) 四日間、3) 診断、4) 診断時、5) その他、6) 不明		
11 発熱 ・寒熱 ・頭痛 ・関節痛 ・咳嗽 ・気管炎 ・出血点 ・出血斑 ・血腫 ・急性腎不全 ・DIC ・肺炎 ・ARDS ・その他 ()	1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況)	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 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況) 3 母子感染(ア、胎内 イ、出産時 ウ、母乳) 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)
12 診断方法 ・血液検体の顕微鏡による病原体の検出 ・血液検体のPCR法による病原体遺伝子の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況)	
13 初発年月日	14 診断(検査)年月日	
15 感染したと推定される年月日	16 発症年月日(※)	
17 死亡年月日(※)	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	

(1、3、11、12、16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、死亡者を検出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。)

この届出は診断後速に行ってください

別記様式4-31~4-34 (略)

別記様式4-35

別記様式4-35

マラリア発生届

都道府県知事(保健所設置市・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 平成 年 月 日

患者の氏名 印 (署名又は記名押印のこと)

発症する施設・診療所の名称

上記施設・診療所の所在地(市)

電話番号(市)

(※病院・診療所に就診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(検査)した者(死体)の概要				
・患者(確定例) ・無症状感染体保有者 ・感染症患者の死体 ・感染症患者に接した者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(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 () - () - ()		

病 歴		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日間、2) 四日間、3) 診断、4) 診断時、5) その他、6) 不明		
11 発熱 ・寒熱 ・頭痛 ・関節痛 ・咳嗽 ・気管炎 ・出血点 ・出血斑 ・血腫 ・急性腎不全 ・DIC ・肺炎 ・ARDS ・その他 ()	1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況)	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 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況) 3 母子感染(ア、胎内 イ、出産時 ウ、母乳) 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)
12 診断方法 ・血液検体の顕微鏡による病原体の検出 ・血液検体のPCR法による病原体遺伝子の検出 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	2 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況)	
13 初発年月日	14 診断(検査)年月日	
15 感染したと推定される年月日	16 発症年月日(※)	
17 死亡年月日(※)	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	

(1、3、11、12、16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、死亡者を検出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。)

この届出は診断後速に行ってください

別記様式4-36~4-39 (略)

別記様式4-40

別記様式4-40

類鼻疽発生届

都道府県知事(保健所設置市・特別区長) 殿

都道府県の子供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。

届出者の氏名 報告年月日 平成 年 月 日
 (署名又は記名押印のこと)
 発生する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地(市)
 電話番号(市)
 (※施設・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(検定)した者(死体)の属性					
・患者(確定例) ・感染症発生届報告者 ・感染症患者の死体 ・感染症患者の死体					
2 患者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)	6 診断者職名	
	男・女	年 月 日	歳(か月)		
7 患者居住所					
電話() -					
8 患者所在地					
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() -					

II 症 状	・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・リンパ節腫大 ・その他() ・なし	・頭痛 ・ショック ・胸郭痛 ・関節痛 ・骨髄炎 ・その他()	1B 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 水系感染(水の汚染・状況) 2 動物感染(動物の飼育・状況) 3 環境感染(吸入物の汚染・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)
	12 分離・測定による病原体の検出 検体: 喀痰・咽拭い液・尿・皮膚病変組織・血液・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: 喀痰・咽拭い液・尿・皮膚病変組織・血液・その他() ・その他の方法() 検体() 結果()		
13 初診年月日	平成 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(検定)年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日(※)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日		

(1. 3. 11. 12. 18 欄は該当する番号等を○で読み、4. 5. 13から17 欄は年数、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検定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。)

この届出は診断後速速に行ってください

別記様式4-36~4-39 (略)

別記様式4-40

別記様式4-40

類鼻疽発生届

都道府県知事(保健所設置市・特別区長) 殿

都道府県の子供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。

届出者の氏名 報告年月日 平成 年 月 日
 (署名又は記名押印のこと)
 発生する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地(市)
 電話番号(市)
 (※施設・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(検定)した者(死体)の属性					
・患者(確定例) ・感染症発生届報告者 ・感染症患者の死体 ・感染症患者の死体					
2 患者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳)	6 診断者職名	
	男・女	年 月 日	歳(か月)		
7 患者居住所					
電話() -					
8 患者所在地					
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() -					

II 症 状	・発熱 ・敗血症 ・肺炎 ・リンパ節腫大 ・その他() ・なし	・頭痛 ・ショック ・胸郭痛 ・関節痛 ・骨髄炎 ・その他()	1B 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 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・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)
	12 分離・測定による病原体の検出 検体: 喀痰・咽拭い液・尿・皮膚病変組織・血液・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: 喀痰・咽拭い液・尿・皮膚病変組織・血液・その他() ・その他の方法() 検体() 結果()		
13 初診年月日	平成 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(検定)年月日	平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
16 発病年月日(※)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日		

(1. 3. 11. 12. 18 欄は該当する番号等を○で読み、4. 5. 13から17 欄は年数、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検定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。)

この届出は診断後速速に行ってください

別記様式4-41

別記様式4-41

レジオネラ症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
 医師の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 発症する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地（市）
 電話番号（市）
 （※病院・診療所に就診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（検査）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状感染体保有者 ・感染性死亡者の死体 ・感染性死亡疑い者の死体					
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（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 保健者氏名 10 保健者住所（9、10は患者が未成年の場合のみ記入） 電話（ ） -					

病 型 1) 肺炎型 2) ポンチアック型 11 ・発熱 ・咳嗽 ・呼吸困難 ・胸痛 ・下痢 ・意識障害 ・動悸 ・多量痰平 ・その他（ ） 状 ・なし 12 ・分離・測定による病原体の検出 検体（ ） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体（ ） ・尿中の病原体抗原の検出 検体（ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） ・血清蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果、ペア血清での抗体陽性（少なくとも1回1/200以上） ・ペア血清での抗体陽性の有意上昇（少なくとも1回1/200以上） ・尿一血清で256倍以上 ・マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果、ペア血清での抗体陽性（少なくとも1回1/200以上） ・ペア血清での抗体陽性の有意上昇（少なくとも1回1/200以上） ・尿一血清で256倍以上 ・その他の方法（ ） 検体（ ） 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 水蒸気（水の性質・状況） 2 塵埃（吸入物の性質・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 地域）
13 初発年月日 平成 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必要と認められる事項
14 診断（検査）年月日 平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16 発症年月日（※） 平成 年 月 日		
17 死亡年月日（※） 平成 年 月 日		

11、12、18欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、13から17欄は年終、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検出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。

別記様式4-42～4-43

別記様式4-41

別記様式4-41

レジオネラ症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
 医師の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 発症する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地（市）
 電話番号（市）
 （※病院・診療所に就診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（検査）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状感染体保有者 ・感染性死亡者の死体 ・感染性死亡疑い者の死体					
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（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 保健者氏名 10 保健者住所（9、10は患者が未成年の場合のみ記入） 電話（ ） -					

病 型 1) 肺炎型 2) ポンチアック型 11 ・発熱 ・咳嗽 ・呼吸困難 ・胸痛 ・下痢 ・意識障害 ・動悸 ・多量痰平 ・その他（ ） 状 ・なし 12 ・分離・測定による病原体の検出 検体（ ） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体（ ） ・尿中の病原体抗原の検出 検体（ ） ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） ・血清蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果、ペア血清での抗体陽性（少なくとも1回1/200以上） ・ペア血清での抗体陽性の有意上昇（少なくとも1回1/200以上） ・尿一血清で256倍以上 ・マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果、ペア血清での抗体陽性（少なくとも1回1/200以上） ・ペア血清での抗体陽性の有意上昇（少なくとも1回1/200以上） ・尿一血清で256倍以上 ・その他の方法（ ） 検体（ ） 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 水蒸気（水の性質・状況） 2 塵埃（吸入物の性質・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 地域）
13 初発年月日 平成 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必要と認められる事項
14 診断（検査）年月日 平成 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日		
16 発症年月日（※） 平成 年 月 日		
17 死亡年月日（※） 平成 年 月 日		

11、12、18欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、13から17欄は年終、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検出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。

別記様式4-42～4-43

別記様式 5-1 (略)

別記様式 5-2

別記様式 5-2

ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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5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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印
(署名又は記名押印のこと)

発生する病院・診療所の名称 _____
上記病院・診療所の所在地(※) _____
電話番号(※) _____
(※病院・診療所に発生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(検査)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(①歳は月齢)
男・女	歳(か月)

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) B型、2) C型、3) D型、 4) その他()、5) 不明		①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状況、 2 transfusion 3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況、 4 性的接触(人性交 B. 異口) (ア. 同性間 イ. 異性間 ウ. 不明) 5 母子感染(ア. 胎内 イ. 出産時 ウ. 母乳) 6 その他()
4 症 状	・全身倦怠感 ・嘔吐 ・褐色尿 ・発熱 ・肝機能異常 ・黄疸 ・動脈硬化 ・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 診断方法	1) B型肝炎 ・血清中のIgM HBe抗体の検出 (明らかなキャリアからの急性増悪は含まない) ・遺伝子型 A型・B型・C型・その他()・未定 2) C型肝炎 ・血清中の抗体検出、かつ HCV RNA 又は HCV コア抗原の検出 ・ペー血清中の抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体陰性の有無上昇 遺伝子型 1型・2型・その他()・未定 3) その他の方法() 検体() 結果()	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断(検査)(※) 年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日(※)	平成 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検出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。

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記様式 5-1 (略)

別記様式 5-2

別記様式 5-2

ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）発生届

都道府県知事（保健所設置市・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5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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印
(署名又は記名押印のこと)

発生する病院・診療所の名称 _____
上記病院・診療所の所在地(※) _____
電話番号(※) _____
(※病院・診療所に発生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(検査)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(①歳は月齢)
男・女	歳(か月)

病 型		1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) B型、2) C型、3) D型、 4) その他()、5) 不明		①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状況、 2 transfusion 3 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況、 4 性的接触(人性交 B. 異口) (ア. 同性間 イ. 異性間 ウ. 不明) 5 母子感染(ア. 胎内 イ. 出産時 ウ. 母乳) 6 その他()
4 症 状	・全身倦怠感 ・嘔吐 ・褐色尿 ・発熱 ・肝機能異常 ・黄疸 ・動脈硬化 ・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 診断方法	1) B型肝炎 ・血清中のIgM HBe抗体の検出 (明らかなキャリアからの急性増悪は含まない) ・遺伝子型 A型・B型・C型・その他()・未定 2) C型肝炎 ・血清中の抗体検出、かつ HCV RNA 又は HCV コア抗原の検出 ・ペー血清中の抗体の検出 結果：抗体陽性・抗体陰性の有無上昇 遺伝子型 1型・2型・その他()・未定 3) その他の方法() 検体() 結果()	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断(検査)(※) 年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日(※)	平成 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検出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。

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記様式 5-3~5-5

別記様式 5-6

別記様式 5-6

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 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） ・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 症状	・ショック ・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸器障害 ・DIC ・敗血症 ・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状 ・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・接触感染（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 創傷感染（創傷の部位・状況） 5 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 診断方法 ・分離・測定による病原体の検出 検体：血液・膿液・胸水・尿水・生検組織・手術創・ 壊死取創組織・その他（ ） 血清群・A群・B群・C群・G群 その他（ 群） M型/T型別：M（ ）型、T（ ）型 ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	

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○で読み、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。

別記様式 5-3~5-5

別記様式 5-6

別記様式 5-6

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 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） ・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 症状	・ショック ・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸器障害 ・DIC ・敗血症 ・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状 ・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・接触感染（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 創傷感染（創傷の部位・状況） 5 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 診断方法 ・分離・測定による病原体の検出 検体：血液・膿液・胸水・尿水・生検組織・手術創・ 壊死取創組織・その他（ ） 血清群・A群・B群・C群・G群 その他（ 群） M型/T型別：M（ ）型、T（ ）型 ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	

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○で読み、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。

別記様式 5-7~5-8 (略)

別記様式 5-9

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・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ます。

報告年月日 平成 年 月 日
 患者の氏名 氏名
 （署名又は記名押印のこと）
 発生する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地（市）
 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（検死）した者（死体）の属性
 ・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別
 男 女
 3 診断時の年齢（0歳は月齢）
 歳（ か月）

4 症状 状	・頭痛 ・嘔吐 ・発熱 ・意識障害 ・大動脈閉塞 ・肺炎 ・呼吸困難 ・多臓器不全 ・その他（ ）	・死因 ・発熱時点 ・ショック ・敗血症 ・呼吸器炎 ・その他（ ）	・嘔吐 ・呼吸器炎 ・その他（ ）
	・分層・測定による病原体の検出 検体：血液・血液 血清型：未実施・b群・その他（ ） ・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・血液 血清型：未実施・b群・その他（ ） ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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ヒトブクセン検体 1 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明 2 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明 3 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明 4 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明	
5 診断 方法	①ヒトブクセン検体 1 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明 2 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明 3 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明 4 国目 有（ ） 無・不明 検体年月日（S・H） 年 月 日 ・不明 製造会社/Lot番号（ ） / ・不明		
6 初診年月日	平成 年 月 日		
7 診断（検死）年月日	平成 年 月 日		
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日		
9 発病年月日（※）	平成 年 月 日		
10 死亡年月日（※）	平成 年 月 日		

（1、2、4、5）1は該当する番号等を○で囲み、3、6から10欄は年齢、年月日を入力すること。
 （※）欄は、死亡者を検死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。

この届出は診断から7日以内に行うべし。

別記様式 5-7~5-8 (略)

(新規)

別記様式 5-9-1

鼠疫性髄膜炎・髄膜炎については、診断を行った医師は7日以内に届出をしなければならないこととなっておりますが、患者が死亡を伴っている場合などの鼠疫性髄膜炎・髄膜炎に付するより迅速な対応を図るため、鼠疫性髄膜炎・髄膜炎を診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。

別記様式 5-9-1

鼠疫性髄膜炎・髄膜炎発生届

都道府県知事（保健所設置市・特別区長） 殿

鼠疫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。

届出年月日 平成 年 月 日
 医師の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 発生する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地（※）
 電話番号（※）
 （※施設・診療所に就診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（検査）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
 男 ・ 女
 3 診断時の年齢（※歳は月齢）
 歳（ か月）

4 症状	・頭痛 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・四肢不平等 ・その他（ ）	・発熱 ・血圧 ・呼吸困難 ・ショック ・腹膜炎 ・その他（ ）	・全身性紅斑 ・皮膚 ・大腸門腫脹 ・DIC ・関節炎 ・その他（ ）
	・分層・固定による病原体の検出 検体：髄液・血液 血清：血清・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他（ ） ・検体からの病原体のPCR法による遺伝子増幅の検出 検体：髄液・血液 血清：血清・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他（ ） ・その他の検出方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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・空気感染（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感染生活の履歴（有・無） 1 学生歴 2 就業歴 3 その他（ ）	

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○で読み、3, 8から10欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検出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。

別記様式 5-9

別記様式 5-9

鼠疫性髄膜炎・髄膜炎発生届

都道府県知事（保健所設置市・特別区長） 殿

鼠疫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。

届出年月日 平成 年 月 日
 医師の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 発生する施設・診療所の名称
 上記施設・診療所の所在地（※）
 電話番号（※）
 （※施設・診療所に就診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（検査）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
 男 ・ 女
 3 診断時の年齢（※歳は月齢）
 歳（ か月）

4 症状	・頭痛 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・四肢不平等 ・その他（ ）	・発熱 ・血圧 ・呼吸困難 ・ショック ・腹膜炎 ・その他（ ）	・全身性紅斑 ・皮膚 ・大腸門腫脹 ・DIC ・関節炎 ・その他（ ）
	・分層・固定による病原体の検出 検体：髄液・血液 血清：血清・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他（ ） ・検体からの病原体のPCR法による遺伝子増幅の検出 検体：髄液・血液 血清：血清・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他（ ） ・その他の検出方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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・空気感染（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感染生活の履歴（有・無） 1 学生歴 2 就業歴 3 その他（ ）	

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○で読み、3, 8から10欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検出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。

別記様式 5 - 9 - 2

別記様式 5 - 9 - 2

侵袭性肺炎球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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5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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

発症する病状・診療所の名称 _____

上記病状・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（検査）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（歳1月未満）
男 ・ 女	歳（ か月）

4	・眼痛 ・全身倦怠感 ・発熱 ・嘔吐 ・頭痛 ・呼吸困難 ・肺炎 ・中耳炎 ・その他（ ）	11 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・空気感染（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（ ）無（ ）不明（ ） ワクチンの種類（ ） 価数（ ） 23価多価体（不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ）不明 製造会社/ロット番号（ ） / （不明） 2回目 有（ ）無（ ）不明（ ） ワクチンの種類（ ） 価数（ ） 23価多価体（不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ）不明 製造会社/ロット番号（ ） / （不明） 3回目 有（ ）無（ ）不明（ ） ワクチンの種類（ ） 価数（ ） 23価多価体（不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ）不明 製造会社/ロット番号（ ） / （不明） 4回目 有（ ）無（ ）不明（ ） ワクチンの種類（ ） 価数（ ） 23価多価体（不明） 接種年月日（ S・H 年 月 日 ）不明 製造会社/ロット番号（ ） / （不明）
	5 ・分離・測定による病原体の検出 検体：膿液・血液 血清型：未実施（ ）型 ・検体からの直診のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：膿液・血液 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 平成 年 月 日	
7	診断（検査）年月日 平成 年 月 日	
8	感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
9	発病年月日（※） 平成 年 月 日	
10	死亡年月日（※） 平成 年 月 日	

(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、死亡を推定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。

この届出は診断から7日以内に行ってください

(新規)

別記様式5-10~5-12 (略)

別記様式5-13

別記様式5-13

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
 医師の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 医療する病院・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（検査）した者（死体）の種別
・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 症状 状況	・発熱 ・皮膚感染症 ・肺炎 ・関節炎 ・眼瞼炎 ・骨髄炎 ・歯肉炎 ・免疫不全 ・その他（ ）	1 1 感染原因・感染経路（確定・推定） ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・直接接触（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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況） 5 創傷感染（創傷の部位・状況） 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（ ） 詳細地域
	5 診断方法 ・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が15μg/ml以上 検体：膿液・膿汁・唾液・尿・その他（ ） ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が15μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の原因であることの判定 検体：膿液・膿汁・唾液・尿・その他（ ）	
5 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検査）年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日（※）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検査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。

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記様式5-10~5-12 (略)

別記様式5-13

別記様式5-13

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日
 医師の氏名 印
 （署名又は記名押印のこと）
 医療する病院・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（検査）した者（死体）の種別
・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 症状 状況	・発熱 ・皮膚感染症 ・肺炎 ・関節炎 ・眼瞼炎 ・骨髄炎 ・歯肉炎 ・免疫不全 ・その他（ ）	1 1 感染原因・感染経路（確定・推定） ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・直接接触（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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況） 5 創傷感染（創傷の部位・状況） 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（ ） 詳細地域
	5 診断方法 ・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が15μg/ml以上 検体：（ ） ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が15μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の原因であることの判定 検体：（ ）	
5 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検査）年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発病年月日（※）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検査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。

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記様式 5-14

別記様式 5-14

バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ (署名又は記名押印のこと)

発症する病院・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（検査）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（歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4 発症状況	・発熱 ・心臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・血液病 ・免疫不全 ・その他（ ）	1.1 感染原因・感染経路・感染地域 (※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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 5 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 診断方法 ・通常菌量であるべき検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 µg/ml以上 検体：血液・尿水・胸水・髄液 その他（ ） 菌種名：() 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他()・ ※菌種 ・通常菌量ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 µg/ml以上、かつ分離菌が感染症の診断用であること 検体：血液・尿水・胸水・髄液 その他（ ） 菌種名：() 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他()・ ※菌種	
6 初診年月日	平成 年 月 日	この届出は診断から7日以内に行うこととする。
7 診断（検査）(※) 年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発症年月日（※）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検出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。

別記様式 5-14

別記様式 5-14

バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ (署名又は記名押印のこと)

発症する病院・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（検査）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（歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4 発症状況	・発熱 ・心臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・血液病 ・免疫不全 ・その他（ ）	1.1 感染原因・感染経路・感染地域 (※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 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） 5 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 診断方法 ・分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 µg/ml以上 検体：血液・尿水・胸水・髄液・ その他（ ） 菌種名：() 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC ・分離・同定による分離菌からのバンコマイシン耐性遺伝子の検出 検体：血液・尿水・胸水・髄液・ その他（ ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC 菌種名：()	
6 初診年月日	平成 年 月 日	この届出は診断から7日以内に行うこととする。
7 診断（検査）(※) 年月日	平成 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
9 発症年月日（※）	平成 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	平成 年 月 日	

(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、死亡者を検出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。

(*) 欄は、異者（確定例）を排除した場合のみ記入すること。4.6 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

別記様式6～7（略）

別記様式6～7（略）