

侵襲性インフルエンザ菌感染症発生届

名古屋市保健所長（ ） 区） 様

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
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（ ） 月

4 症 状	・頭痛 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・肺炎 ・脳膿瘍 ・多臓器不全 ・発熱 ・意識障害 ・ショック ・菌血症 ・喉頭蓋炎 ・その他（ ） ・嘔吐 ・項部硬直 ・髄膜炎 ・関節炎	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
	5 診 断 方 法	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
6 初診年月日	令和 年 月 日	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）
7 診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日	1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ）
8 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）
9 発病年月日（*）	令和 年 月 日	3 その他（ ）
10 死亡年月日（※）	令和 年 月 日	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。）