

播種性クリプトコックス症発生届

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（      か月）

4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛                      ・発熱                      ・意識障害</li> <li>・痙攣                      ・麻痺                      ・項部硬直</li> <li>・呼吸器症状              ・胸部異常陰影              ・眼内炎</li> <li>・皮疹                      ・紅斑                      ・骨病変</li> <li>・中枢神経系病変              ・真菌血症</li> <li>・その他（                      ）</li> </ul>	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 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類： _____） 2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・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                      ）
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出                      検体：血液・腹水・胸水・髄液                      その他（                      ）</li> <li>・病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜を有する酵母細胞の証明）                      検体：髄液・病理組織                      その他（                      ）</li> <li>・ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗原の検出                      検体：髄液・血液                      その他（                      ）</li> </ul>	
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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 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。  
 4 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）