

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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 \_\_\_\_\_

所属する病院・診療所等施設名 \_\_\_\_\_

上記施設の住所・電話番号\* \_\_\_\_\_ (電話 \_\_\_\_\_)

(\*所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること)

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	男 ・ 女	6 症 状 ア. 進行性認知症 ( 年 月より) イ. ミオクローヌス ( 年 月より) ウ. 錐体路症状 ( 年 月より) エ. 錐体外路症状 ( 年 月より) オ. 小脳症状 ( 年 月より) カ. 視覚異常 ( 年 月より) キ. 無動性無言状態 ( 年 月より) ク. 記憶障害 ( 年 月より) ケ. 精神・知能障害 ( 年 月より) コ. 臨的に頑固な不眠 ( 年 月より) サ. 異常感覚 ( 年 月より) シ. 痙性対麻痺 ( 年 月より) ス. 筋強剛 ( 年 月より) セ. その他 ( ) ( 年 月より)	
3 診断時の年齢	歳		
4 病 型	1) 孤発性プリオン病 (a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) (b) その他 2) 遺伝性プリオン病 (a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS) (b) 家族性CJD (c) 家族性致死性不眠症(FFI) 3) 感染性プリオン病 (a) 医原性CJD (b) 変異型CJD		
診断の確実度 (7. 確実 イ. ほぼ確実 ウ. 疑い)			
5 診 断 方 法	1) 病原体診断(異常プリオン蛋白の検出) 部位 (1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他の臓器 方法 (1) Western Blot法 (2) 免疫染色法 異常プリオン蛋白の沈着型 (1) アミロイド型 (2) シブ型 (3) その他	7 初診年月日	令和 年 月 日
	2) プリオン蛋白遺伝子検査 (1) コドン ( ) の異常 (2) コドン129の多型 (7. M/M イ. M/V ウ. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E イ. E/K ウ. K/K) (4) その他 ( ) 3) 臨床症候 4) 家族歴 5) 検査 (1) 脳波(PSD) (2) 脳MRI (3) 14-3-3蛋白 (4) その他 6) その他 ( ) (該当するものすべてに記載すること)	8 診断(検案(※))年月日	令和 年 月 日
		9 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日
		10 発病年月日(*)	令和 年 月 日
		11 死亡年月日(※)	令和 年 月 日
		12 感染原因・感染経路・感染地域 (感染性プリオン病の場合のみ記載)	
		①感染原因・感染経路(推定される感染年月日) 1) ヒト乾燥硬膜( 年 月 日) 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤( 年 月 日) 3) 角膜手術( 年 月 日) 4) 手術等観血的処置( 年 月 日) [種類 _____ ] 5) 輸血等( 年 月 日) 6) その他[ _____ ]( 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: _____ )	

(1、2、4から6、12欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11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、患者を診断した場合のみ記入すること)

この届出は診断から7日以内に行ってください