別記様式４－２７

日　本　脳　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　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）　・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（　　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　・頭痛 ・嘔吐　・項部硬直 ・意識障害　・易興奮性 ・痙攣　・筋硬直 ・脳神経麻痺　・不随意運動 ・運動失調 ・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　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　　） ③日本脳炎ワクチン接種歴 1回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（　S・H　　年　　月　　日・不明） 2回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（　S・H　　年　　月　　日・不明） 3回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（　S・H　　年　　月　　日・不明） 4回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（　S・H　　年　　月　　日・不明）
12 診断方法	・分離・同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：血清・髄液・その他（　　） ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転　・　抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・　抗体価の有意上昇 ・ペア血清での補体結合抗体の検出 結果：抗体陽転　・　抗体価の有意上昇 ・その他の方法（　　） 検体（　　） 結果（　　）	
１３　初診年月日　平成　年　月　日 １４　診断（検案(※)）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		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。）