

先天性風しん症候群発生届

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つては、その住所・電話番号を記載)

Table with 1 row: 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

Table with 2 columns: 2 性別 (男・女), 3 診断時の年齢(0歳は月齢) (歳()か月)

Main form table with columns: 病型 (1) CRS 典型例, (2) その他; 11 感染原因・感染経路・感染地域. Includes sections for symptoms (4), diagnosis methods (5), and dates (6-10).

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。