

後天性免疫不全症候群発生届（H I V感染症を含む）

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）

1 診断（検案）した者（死体）の種類			
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体			
2 性別	男 ・ 女	6	1) 有 2) 無 （無症候性キャリアの場合は、当欄の記載は不要）
3 診断時の年齢	歳		
4 病名	1) 無症候性キャリア 2) A I D S 3) その他 (_____)		
5-1 診 断 方 法	・抗H I V抗体スクリーニング検査 1) ELISA法 2) P A法 3) I C法 4) その他 (_____) ・確認検査 1) Western Blot法 2) I F A法 3) その他 (_____) ・病原検査 1) H I V抗原検査 2) ウイルス分離 3) P C R法 4) その他 (_____) ・18か月未満の児の免疫学的所見 (_____) （該当するもの全てに○をすること）		7 発病年月日 （AIDSの指標疾患（5-2）の発病日） 平成 年 月 日 8 初診年月日 平成 年 月 日 9 診断（検案※）年月日 平成 年 月 日 （AIDSの場合は指標疾患（5-2）の診断日） 10 感染したと推定される年月日 昭和・平成 年 月 日 11 死亡年月日 ※ 平成 年 月 日

