

## クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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  
 （署名または記名押印のこと）

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）

<b>1 診断（検案）した者（死体）の種類</b>	
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	
<b>2 性別</b>	男 ・ 女
<b>3 診断時の年齢</b>	歳
<b>4 病型</b>	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
<b>5 診断方法</b>	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) シッフ型 (3) その他 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 4. M/V 5. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E 4. E/K 5. 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)
<b>6 症状</b>	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. 臨床的に頑固な不眠 ( 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)
<b>7 初診年月日</b>	平成 年 月 日
<b>8 診断（検案(※)）年月日</b>	平成 年 月 日
<b>9 感染したと推定される年月日</b>	平成 年 月 日
<b>10 発病年月日（*）</b>	平成 年 月 日
<b>11 死亡年月日（※）</b>	平成 年 月 日
<b>12 感染原因・感染経路・感染地域</b>	(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