

重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属 S F T S ウイルスであるものに限る。） 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 1 2 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 ・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 (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	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・神経症状 ・嘔吐 ・血小板減少 ・出血傾向 ・刺し口 ・その他 () ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛 ・腹痛 ・食欲不振 ・白血球減少 ・紫斑 	<ul style="list-style-type: none"> ・筋肉痛 ・下痢 ・全身倦怠感 ・リンパ節腫脹 ・消化管出血 	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診 断 方 法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・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・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 ・ ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ・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 ・その他の方法 () 検体 () 結果 () 		
13 初診年月日	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		
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			

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。)

以下の項目は、海外由来感染症の迅速な対応に役立てるため、感染症法第 15 条に基づく積極的疫学調査の一環として情報提供を求めるものです。患者の協力が得られた場合には御記入願います。
 ア. 直近 30 日以内の海外滞在歴：無、有 (国名 : _____)
 イ. 日本国内での滞在期間：長期滞在、一時滞在 (帰国予定 年 月 日)