別記様式７４

侵 襲 性 髄 膜 炎 菌 感 染 症 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８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　令和　　年　　月　　日

医師の氏名

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）　・感染症死亡者の死体 | | | |
| 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 | ・頭痛　　　　　・発熱　　　 　・全身倦怠感  ・嘔吐　　　　　・発疹　　　　 ・痙攣  ・意識障害　　　・項部硬直　 　・大泉門膨隆  ・点状出血　　　・ショック　 　・ＤＩＣ  ・髄膜炎　　　　・菌血症　　　・関節炎  ・多臓器不全　　・その他（　　　　　　　　） | 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　飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　接触感染（接触した人・物の種類・状況：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  この届出は診断後直ちに行ってください  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　　　　　　　　　　　　　　　）  ※　複数の国又は地域が該当する場合は全て記入すること。  渡航期間（出国日　年　月　日・入国日　年　月　日  国外居住者については、入国日のみで可）  ③共同生活の有無（　有　・　無　）  １　学生寮  ２　社員寮  ３　その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ④髄膜炎菌ワクチン接種歴（有・無・不明） |
| 12  診断方法 | ・分離・同定による病原体の検出  検体：髄液・血液・その他（　　　　　　　　　）  血清群：未実施・Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｙ群・  Ｗ-135群・その他（　　　　　）  ・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出  検体：髄液・血液・その他（　　　　　　　　　）  血清群：未実施・Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｙ群・  Ｗ-135群・その他（　　　　　）  ・その他の検査方法（　　　　　　　　　　　　　）  　　検体（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　結果（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 13　初診年月日　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  14　診断（検案(※)）年月日　　　令和　　年　　月　　日  15　感染したと推定される年月日　令和　　年　　月　　日  16　発病年月日（＊）　　　　　　令和　　年　　月　　日  17　死亡年月日（※）　　　　　　令和　　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 |
|  |

（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。）

**診断した医師の方へのお願い**

感染症法第15条により、積極的疫学調査を実施致します（この場合、医師の守秘義務は解除されます）。しかし、迅速な感染拡大防止のため、保健所の調査前であっても、患者（又は保護者）の同意が得られた場合には、下記及び裏面調査票により情報提供をお願い致します。

ア．集団生活：無、有（園児、小・中・高・大・その他の学生、施設入所者、その他(　　　　　 )）

イ．集団に接する職業：無、有（保育士、教師、施設職員、医療従事者、その他( 　　　　　　　)）

ウ．集団に接する機会：無、有（施設での実習、ボランティア活動、その他(　　　　　　　　　 )）

エ．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）

|  |
| --- |
| **保健所への裏面調査票記載の情報提供に関する患者（あるいは保護者）の同意　（有・無）** |

# **迅速な感染源探索、二次感染対策に役立てるため、患者（あるいは保護者）の同意がとれた場合に、下記の事項について可能な限りご記入をお願いいたします。**

# １　基本属性を記入してください。該当がない場合には「なし」に○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名（保育園・学校・勤務先） | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　なし |
| 同居家族  ※寮、シェアハウスの場合は  施設名を記入 | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　なし |

# ２　感染源に関する情報（発症約７日間前に出かけた場所、会った人）

## （１）周囲に侵襲性髄膜炎菌感染症の方はいましたか

　　　いた　　　（　どなたですか　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　わからない

## （２）出かけた場所はどちらですか

　　・海外：渡航先

　　・職場や学校、保育園等：施設名

　　・人が多く集まる場所（クラブ、習い事、イベント等）：名称

　　・その他：名称

# ３　二次感染に関する情報（発症後にいた場所、接触した人）

・職場や学校、保育園等：施設名

　　・人が多く集まる場所（クラブ、習い事、イベント等）：名称

　　・医療機関：名称

　　・救急車、タクシーなどの交通機関：

　　・その他：名称