

マ ラ リ ア 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 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）の類型					
・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（ 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（ ） -				

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 三日熱、2) 四日熱、3) 卵形、4) 熱帯熱、5) その他、6) 不明		①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）
症 状	11 ・発熱 ・悪寒 ・頭痛 ・関節痛 ・脾腫 ・貧血 ・出血症状 ・低血糖 ・意識障害 ・急性腎不全 ・DIC ・肺水腫 / ARDS ・その他（ ） ・なし	1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：） 2 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：） 3 母子感染（ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳） 4 その他（ ）
	12 ・血液検体の鏡検による病原体の検出 ・血液検体の核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検査法：PCR法・LAMP法・その他 ・血液検体のフローサイトメトリー法によるマラリア原虫感染赤血球の検出 ・その他の方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）	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載すること。 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）
13 初診年月日	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
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	

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。)

ア メ ー バ 赤 痢 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 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）の種類
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（     ） か月

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1) 腸管アメーバ症</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">2) 腸管外アメーバ症</td> </tr> </table>	1) 腸管アメーバ症	2) 腸管外アメーバ症	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）  1 経口感染（飲食物の種類・状況： _____ ） 2 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 3 その他（ _____ ）
1) 腸管アメーバ症	2) 腸管外アメーバ症		
4 症 状 ・下痢 ・粘血便 ・しぶり腹 ・鼓腸 ・腹痛 ・発熱 ・右季肋部痛 ・肝腫大 ・肝膿瘍 ・腹膜炎 ・胸膜炎 ・心囊炎 ・大腸粘膜異常所見 ・その他（ _____ ）	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 _____		
5 診断方法 ・鏡検による病原体の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他 （ _____ ） ・ELISA法による病原体抗原の検出 検体：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他 （ _____ ） ・イムノクロマト法による病原体抗原の検出 検体：便・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：便・大腸粘膜組織・膿瘍液・その他 （ _____ ） ・血清抗体の検出 ・その他の方法（ _____ ） 検体（ _____ ） 結果（ _____ ）			
6 初診年月日                      令和    年    月    日 7 診断（検案(※)）年月日      令和    年    月    日 8 感染したと推定される年月日 令和    年    月    日 9 発病年月日（*）              令和    年    月    日 10 死亡年月日(※)              令和    年    月    日			

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。)

百 日 咳 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 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） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男・女	歳（ か月）

4	・持続する咳 ・夜間の咳き込み ・呼吸苦 ・スタックート ・ウーブ ・嘔吐 ・無呼吸発作 ・チアノーゼ ・白血球数増多 ・肺炎 ・痙攣 ・脳症（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（ _____ ）	1 2 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 家族内感染 ・母親 ・父親 ・同胞 ・祖父母 ・その他（ _____ ） ・不明 2 流行の有無 ・幼稚園 ・学校 ・職場 ・その他（ _____ ） ・不明 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 _____ ③百日せき含有ワクチン接種歴 1回目 有（ _____ 月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） 2回目 有（ _____ 月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） 3回目 有（ _____ 月）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） 追加接種 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（DPT・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明） その他：海外で成人用百日せき含有ワクチン（Tdap）の接種歴がある場合 接種年月日（H・R 年 月 日 ・不明） 製造会社/Lot 番号（ _____ / _____ ・不明）
5	・分離・同定による病原体の検出 検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰 その他（ _____ ） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日）結果（陽性・陰性） ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体：鼻腔スワブ・咽頭ぬぐい液・喀痰 その他（ _____ ） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日）結果（陽性・陰性） 検査方法：PCR法・LAMP法・その他 _____ ・鼻咽頭拭い液検体からのイムノクロマト法による病原体抗原の検出 検体採取日（ _____ 月 _____ 日） 結果（陽性・陰性） ・抗体の検出 抗体の種類：抗PT IgG ・ その他（ _____ ） 結果：単一血清で抗体価の高値 抗体価（ _____ ）検体採取日（ _____ 月 _____ 日） ・ペア血清で抗体価の有意上昇・抗体陽転 検体採取日（1回目 _____ 月 _____ 日 2回目 _____ 月 _____ 日） 抗体価（1回目 _____ 2回目 _____ ） 検査方法：EIA・その他（ _____ ） ・その他の検査方法（ _____ ） 検体（ _____ ） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日） 結果（ _____ ） ・臨床決定：検査確定例（ _____ ）との接触	
6	初診年月日	令和 年 月 日
7	診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日
8	入院年月日（入院例のみ）	令和 年 月 日
9	感染したと推定される年月日	令和 年 月 日
10	発病年月日（*）	令和 年 月 日
11	死亡年月日(※)	令和 年 月 日

(1, 2, 4, 5, 12 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 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（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。