

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

和歌山市保健所長 様

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 \_\_\_\_\_ 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）

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 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  | 男 ・ 女  | 6 症 状<br>ア. 進行性認知症 ( 年 月より)<br>イ. ミオクローヌス ( 年 月より)<br>ウ. 錐体路症状 ( 年 月より)<br>エ. 錐体外路症状 ( 年 月より)<br>オ. 小脳症状 ( 年 月より)<br>カ. 視覚異常 ( 年 月より)<br>キ. 無動性無言状態 ( 年 月より)<br>ク. 記憶障害 ( 年 月より)<br>ケ. 精神・知能障害 ( 年 月より)<br>コ. 臨床上に頑固な不眠 ( 年 月より)<br>サ. 異常感覚 ( 年 月より)<br>シ. 痙性対麻痺 ( 年 月より)<br>ス. 筋強剛 ( 年 月より)<br>セ. その他 ( ) ( 年 月より) |  |
| 3 診断時の年齢  | 歳  |   |  |
| 4 病 型   | 1) 孤発性プリオン病<br>(a) 古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)<br>(b) その他<br>2) 遺伝性プリオン病<br>(a) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS)<br>(b) 家族性CJD<br>(c) 家族性致死性不眠症(FFI)<br>3) 感染性プリオン病<br>(a) 医原性CJD<br>(b) 変異型CJD |   |  |
| 5 診断 方 法  |  | 7 初診年月日   | 令和 年 月 日   |
| 1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出）<br>部位<br>(1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他の臓器<br>方法<br>(1) Western Blot法 (2) 免疫染色法<br>異常プリオン蛋白の沈着型<br>(1) アミロイド型 (2) シフ型 (3) その他<br>2) プリオン蛋白遺伝子検査<br>(1) コドン ( ) の異常<br>(2) コドン129の多型<br>(7. M/M 4. M/V 5. V/V)<br>(3) コドン219の多型<br>(7. E/E 4. E/K 5. K/K)<br>(4) その他 ( )<br>3) 臨床症候<br>4) 家族歴<br>5) 検査<br>(1) 脳波(PSD)<br>(2) 脳MRI<br>(3) 14-3-3蛋白<br>(4) その他<br>6) その他 ( )<br>(該当するものすべてに記載すること) |  | 8 診断（検案(※)）年月日  | 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   |
|   |  | 12 感染原因・感染経路・感染地域<br>（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）<br>1) ヒト乾燥硬膜( 年 月 日)<br>2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤( 年 月 日)<br>3) 角膜手術( 年 月 日)<br>4) 手術等観血的処置( 年 月 日)<br>[種類 _____]<br>5) 輸血等( 年 月 日)<br>6) その他[ _____ ]( 年 月 日)<br>②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村）<br>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