

マールブルグ病発生届

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)の類型					
・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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 () -				

11	症 状	・発熱 ・頭痛 ・筋肉痛 ・皮疹 ・粘膜疹 ・咽頭炎 ・結膜炎 ・下痢 ・鼻口腔出血 ・消化管出血 ・その他 () ・なし	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 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 2 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 3 針等の鋭利なものの刺入による感染(刺入物の種類・状況:) 4 輸血・血液製剤(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況:) 5 その他 ()
		12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体: 血液・その他 () ・ELISA 法による病原体抗原検出 検体: 血液・尿・咽頭拭い液・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・尿・咽頭拭い液・その他 () ・ELISA 法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・蛍光抗体法による血清抗体の検出 (IgM ・ IgG) ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()	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。)