

感感発 0120 第 1 号
令和 8 年 1 月 20 日

都道府県
各保健所設置市
特別区

衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課長
(公印省略)

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
及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）

「「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
及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」の一部改正について」
(令和 8 年 1 月 13 日付け感感発 0113 第 1 号厚生労働省健康・生活衛生局感染
症対策部感染症対策課長通知。以下「改正通知」という。)において、別紙
「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の一部を改
正したところです。

今般、それに伴い鳥インフルエンザ（H5N1）及び回帰熱の発生届出の様式についても、別添のとおり改正し、本日から適用することといたしましたので、御了知いただくとともに、貴管内市町村、関係機関等へ周知いただき、そ
の実施に遺漏なきようお願ひいたします。

なお、同様の事務連絡を公益社団法人日本医師会宛てに発出してありますこ
とを申し添えます。

記

1 改正概要

改正通知の内容を踏まえ、別記様式 2-6 及び別記様式 4-9 について、
別添のとおり所要の改正を行う。

2 適用日

本日より適用する。

【連絡先】
厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課

新旧対照表

「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」

改正後	現行																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<p>(別紙) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準 第1～第8（略） 別記様式1～別記様式2-5（略） 別記様式2-6</p> <p>記様式2-6</p> <p>鳥インフルエンザ（H5N1）発生届</p> <p>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10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</p> <p>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（※） () - _____</p> <p>（※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）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6">1 診断（検査）した者（死体）の類型</td> </tr> <tr> <td colspan="6">・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</td> </tr> <tr> <td>2 当該者氏名</td> <td>3 性別</td> <td>4 生年月日</td> <td>5 診断時の年齢（〇歳は月齢）</td> <td>6 当該者職業</td> <td></td> </tr> <tr> <td>男・女</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>歳（か月）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">7 当該者住所 _____ 電話（ ） - _____</td> </tr> <tr> <td colspan="6">8 当該者所在地 _____ 電話（ ） - _____</td> </tr> <tr> <td>9 保護者氏名</td> <td>10 保護者住所</td> <td colspan="4">（9、10は患者が未成年の場合のみ記入）</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="4">電話（ ） - _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6">11 症状</td> <td colspan="6">18 感染原因・感染経路・感染地域</td> </tr> <tr> <td colspan="6">・発熱・咳・喉以外の急性呼吸器症状・下痢 ・重篤な肺炎・多臓器不全・結膜炎 ・その他（ ） ・なし</td> <td colspan="6">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： ）</td> </tr> <tr> <td colspan="6">12 検査方法</td> <td colspan="6">3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 その他（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="6">・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN型：H5N1</td> <td colspan="6">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 ） ※ 検査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）</td> </tr> <tr> <td colspan="6">13 初診年月日 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">14 診断（検査）年月日 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">15 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">16 発病年月日（＊） 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">17 死亡年月日（※） 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> </table> <p>（1. 3. 11.12.18欄は該当する番号等を〇で囲み、4. 5. 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。 （※）欄は、死者を検査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. 12.13欄は、該当するものすべてを記載すること。）</p> <p>この届出は診断後直ちに行つてください</p> <p>鳥インフルエンザ（H5N1）発生届</p> <p>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10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</p> <p>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（※） () - _____</p> <p>（※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）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6">1 診断（検査）した者（死体）の類型</td> </tr> <tr> <td colspan="6">・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</td> </tr> <tr> <td>2 当該者氏名</td> <td>3 性別</td> <td>4 生年月日</td> <td>5 診断時の年齢（〇歳は月齢）</td> <td>6 当該者職業</td> <td></td> </tr> <tr> <td>男・女</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>歳（か月）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">7 当該者住所 _____ 電話（ ） - _____</td> </tr> <tr> <td colspan="6">8 当該者所在地 _____ 電話（ ） - _____</td> </tr> <tr> <td>9 保護者氏名</td> <td>10 保護者住所</td> <td colspan="4">（9、10は患者が未成年の場合のみ記入）</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="4">電話（ ） - _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6">11 症状</td> <td colspan="6">18 感染原因・感染経路・感染地域</td> </tr> <tr> <td colspan="6">・発熱・咳・喉以外の急性呼吸器症状・下痢 ・重篤な肺炎・多臓器不全・結膜炎 ・その他（ ） ・なし</td> <td colspan="6">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（接觸した人・物の種類・状況： ）</td> </tr> <tr> <td colspan="6">12 検査方法</td> <td colspan="6">3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 その他（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="6">・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN型：H5N1</td> <td colspan="6">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 ） ※ 検査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）</td> </tr> <tr> <td colspan="6">13 初診年月日 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">14 診断（検査）年月日 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">15 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">16 発病年月日（＊） 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> <tr> <td colspan="6">17 死亡年月日（※） 令和 年 月 日</td> <td colspan="6">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</td> </tr> </table> <p>（1. 3. 11.12.18欄は該当する番号等を〇で囲み、4. 5. 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。 （※）欄は、死者を検査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. 12.13欄は、該当するものすべてを記載すること。）</p> <p>この届出は診断後直ちに行つてください</p>	1 診断（検査）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（〇歳は月齢）	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						18 感染原因・感染経路・感染地域						・発熱・咳・喉以外の急性呼吸器症状・下痢 ・重篤な肺炎・多臓器不全・結膜炎 ・その他（ ） ・なし						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： ）						12 検査方法						3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 その他（ ）						・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN型：H5N1						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 ） ※ 検査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（検査）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						15 感染したと推定される年月日 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						16 発病年月日（＊） 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						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 診断（検査）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（〇歳は月齢）	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						18 感染原因・感染経路・感染地域						・発熱・咳・喉以外の急性呼吸器症状・下痢 ・重篤な肺炎・多臓器不全・結膜炎 ・その他（ ） ・なし						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（接觸した人・物の種類・状況： ）						12 検査方法						3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 その他（ ）						・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN型：H5N1						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 ） ※ 検査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（検査）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						15 感染したと推定される年月日 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						16 発病年月日（＊） 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						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 診断（検査）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（〇歳は月齢）	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						18 感染原因・感染経路・感染地域																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
・発熱・咳・喉以外の急性呼吸器症状・下痢 ・重篤な肺炎・多臓器不全・結膜炎 ・その他（ ） ・なし						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： ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
12 検査方法						3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 その他（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN型：H5N1						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 ） ※ 検査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（検査）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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
15 感染したと推定される年月日 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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
16 発病年月日（＊） 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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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 診断（検査）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（〇歳は月齢）	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						18 感染原因・感染経路・感染地域																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
・発熱・咳・喉以外の急性呼吸器症状・下痢 ・重篤な肺炎・多臓器不全・結膜炎 ・その他（ ） ・なし						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（接觸した人・物の種類・状況： ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
12 検査方法						3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 その他（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN型：H5N1						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 ） ※ 検査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（検査）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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
15 感染したと推定される年月日 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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
16 発病年月日（＊） 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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

別記様式2-7～別記様式4-8（略）

別記様式4-9

別記様式4-9

回 帰 热 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10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	（※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）
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（検査）した者（死体）の型別

・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⁾ 3 性別⁽⁴⁾ 4 生年月日⁽⁵⁾ 5 診断時の年齢（歳は月齢）⁽⁶⁾ 6 当該者職業⁽⁷⁾

男・女 年 月 日 歳（か月）

7 当該者住所⁽⁸⁾ 電話（ ） -

8 当該者所在地⁽⁹⁾ 電話（ ） -

9 保護者氏名⁽¹⁰⁾ 10 保護者住所⁽⁹⁾ （9、10は患者が未成年の場合のみ記入）

男・女 年 月 日 電話（ ） -

11 症状⁽¹¹⁾ 12 診断方法⁽¹²⁾ 13 初診年月日⁽¹³⁾ 14 診断（検査）年月日⁽¹⁴⁾ 15 感染したと推定される年月日⁽¹⁵⁾ 16 発病年月日（＊）⁽¹⁶⁾ 17 死亡年月日（※）⁽¹⁷⁾

・発熱 ・咳 ・出血傾向

・結膜炎 ・肝腫大 ・脾腫

・黄疸 ・免疫 ・肝機能異常

・心筋炎 ・脳出血 ・肺炎

・菌血症 ・その他（ ）

・なし（ ）

・分離・同定による病原体の検出

検体：血液・尿液・その他（ ）

菌種名（ ）

・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出

検体：血液・尿液・その他（ ）

・蛍光抗体法による病原体抗原の検出

検体：血液・尿液・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・尿液・その他（ ）

・抗体の検出

結果：IgM 抗体 ・ペア血清での抗体復転（ ）

ペア血清での抗体価の有意上昇（ ）

・その他の方法（ ）

検体（ ）

結果（ ）

18 感染原因・感染経路・感染地域⁽¹⁸⁾

①感染原因・感染経路（確定・推定）

1 動物・蚊・昆蟲等からの感染（動物・蚊・昆蟲等の種類・状況： ）

2 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（ ）

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 桁は該当する番号等を〇で囲み、4, 5, 13 から 17 桁は年齢、年月日を記入すること。）

（※欄は、死亡者を検査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。）

別記様式2-7～別記様式4-8（略）

別記様式4-9

別記様式4-9

回 帰 热 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10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	（※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）
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（検査）した者（死体）の型別

・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⁾ 4 生年月日⁽⁵⁾ 5 診断時の年齢（歳は月齢）⁽⁶⁾ 6 当該者職業⁽⁷⁾

男・女 年 月 日 歳（か月）

7 当該者住所⁽⁸⁾ 電話（ ） -

8 当該者所在地⁽⁹⁾ 電話（ ） -

9 保護者氏名⁽¹⁰⁾ 10 保護者住所⁽⁹⁾ （9、10は患者が未成年の場合のみ記入）

男・女 年 月 日 電話（ ） -

11 症状⁽¹¹⁾ 12 診断方法⁽¹²⁾ 13 初診年月日⁽¹³⁾ 14 診断（検査）年月日⁽¹⁴⁾ 15 感染したと推定される年月日⁽¹⁵⁾ 16 発病年月日（＊）⁽¹⁶⁾ 17 死亡年月日（※）⁽¹⁷⁾

・発熱 ・咳 ・出血傾向

・結膜炎 ・肝腫大 ・脾腫

・黄疸 ・免疫 ・肝機能異常

・心筋炎 ・脳出血 ・肺炎

・菌血症 ・その他（ ）

・なし（ ）

・分離・同定による病原体の検出

検体：血液・尿液・その他（ ）

菌種名（ ）

・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出

検体：血液・尿液・その他（ ）

・蛍光抗体法による病原体抗原の検出

検体：血液・尿液・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・尿液・その他（ ）

・抗体の検出

結果：IgM 抗体 ・ペア血清での抗体復転（ ）

ペア血清での抗体価の有意上昇（ ）

・その他の方法（ ）

検体（ ）

結果（ ）

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 動物・蚊・昆蟲等からの感染（動物・蚊・昆蟲等の種類・状況： ）

2 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（ ）

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 桁は該当する番号等を〇で囲み、4, 5, 13 から 17 桁は年齢、年月日を記入すること。）

（※欄は、死亡者を検査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。）

この届出は診断後直ちに行なってください

この届出は診断後直ちに行なってください

鳥インフルエンザ（H5N1）発生届

和歌山市保健所長 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10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（検査）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 　・咳 　・咳以外の急性呼吸器症状 　・下痢 ・重篤な肺炎 　・多臓器不全 　・結膜炎 ・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 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 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 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） ※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）
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN亜型：H5N1 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） H亜型：H5 N亜型：（ ）	
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（検査）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つてください

(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、死者を検査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。)

回 帰 热 発 生 届

和歌山市保健所長 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10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(検査)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() -			

11 症 状	・発熱 ・結膜炎 ・黄疸 ・心筋炎 ・菌血症 ・その他() ・なし	・咳 ・肝腫大 ・発疹 ・脳出血	・出血傾向 ・脾腫 ・肝機能異常 ・肺炎	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 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 2 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・髄液・その他() 菌種名() ・暗視野顕微鏡での観察による病原体の検出 検体: 血液・髄液・その他() ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体: 血液・髄液・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・髄液・その他() ・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 ・その他の方針() 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) ()		
			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	
13 初診年月日	令和 年 月 日			
14 診断(検査)(※)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つてください

(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、死亡者を検査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。)