

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 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 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・髄膜炎 ・多臓器不全 ・発熱 ・発疹 ・項部硬直 ・ショック ・菌血症 ・その他（ ）	・全身倦怠感 ・痙攣 ・大泉門膨隆 ・DIC ・関節炎
	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（ ）		
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（ ）		
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）		
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）		
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。)