別記様式１－１

エ　ボ　ラ　出　血　熱　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　　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 ・腹痛　・胸痛　・無力症 ・出血 ・その他（　） ・なし	18　感染原因・感染経路・感染地域	
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の検出 検体：血液・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・その他（　） ・蛍光抗体法による血清抗体の検出（ IgM ・IgG ） ・ELISA 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 （　）	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（　） 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。）

別記様式１－２

クリミア・コンゴ出血熱発生届

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　　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　・悪寒　・筋肉痛 ・関節痛　・腹痛　・嘔吐　・咽頭痛 ・結膜炎　・黄疸　・羞明　・知覚異常 ・点状出血　・紫斑　・全身出血　・肝不全 ・消化管出血　・腎不全 ・その他（　） ・なし
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の検出 検体：血液・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・その他（　） ・蛍光抗体法による血清抗体の検出（ IgM ・IgG ） ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　） ・臨床決定（　）

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（　）

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
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

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

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。）

別記様式１－３

痘　そ　う　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　　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　・四肢痛　・腰痛 ・紅斑　・丘疹　・水疱　・結痂　・落屑 ・膿疱　・疼痛　・灼熱感　・瘢痕 ・その他（　） ・なし
12　診断方法	・電子顕微鏡での観察による病原体の検出 検体：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他（　） ・分離・同定による病原体の検出 検体：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他（　） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・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：水疱・膿疱・痂皮・咽頭拭い液・血液・その他（　） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　） ・臨床決定（　）

13　初診年月日	令和	年	月	日
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

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）

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

この届出は診断後直ちに行ってください

（1，3，10,11,17 欄は該当する番号等を〇で囲み、4，12 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。）

別記様式１－４

南　米　出　血　熱　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　　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（　）　－			

病　型		18　感染原因・感染経路・感染地域
1) アルゼンチン出血熱　2) ブラジル出血熱 3) ベネズエラ出血熱　4) ボリビア出血熱 5) その他		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（　）
11　症状	・発熱　・悪寒　・筋肉痛　・背部痛 ・嘔吐　・めまい ・出血　・ショック　・神経症状 ・その他（　） ・なし	
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（　） ・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・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 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		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

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。）

別記様式１－５

ペ　ス　ト　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　　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	・リンパ節炎　・敗血症　・高熱　・頭痛 ・意識障害　・出血斑　・気管支炎 ・肺炎　・呼吸困難　・血痰 ・その他（　） ・なし	18　感染原因・感染経路・感染地域	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他（　） ・蛍光抗体法によるエンベロープ抗原（Fraction 1 抗原）の検出 検体：血液・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・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・リンパ節腫吸引物・喀痰・病理組織・その他（　） ・赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原(Fraction 1 抗原)に対する血清抗体の検出（16 倍以上） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　） ・臨床決定 （　）	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　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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）	

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		

（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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式１－６

マ　ー　ル　ブ　ル　グ　病　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　　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
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 （　）

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（　）	
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。）

別記様式１－７

ラ　ッ　サ　熱　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　　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　・全身倦怠感　・関節痛　・咳 ・咽頭痛　・筋肉痛　・心窩部痛　・後胸部痛 ・嘔吐　・下痢　・腹痛 ・顔面浮腫・頚部浮腫　・眼球出血　・結膜出血 ・消化管出血　・心嚢炎　・胸膜炎　・ショック ・聴力障害 ・その他（　） ・なし
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の検出 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（　） ・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（　）

13　初診年月日	令和	年	月	日
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

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（　）

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）

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

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。）

別記様式２－１

急　性　灰　白　髄　炎　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　　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　・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)野生株由来、　2)ワクチン株由来、 3)VDPV（vaccine-derived poliovirus ）由来、 4)その他（　　）、5)不明		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　接触感染（接触した人・物の種類・状況： 　　） ３　その他（ 　　）
11 症 状	・発熱　・全身倦怠感 ・頭痛　・感冒様症状 ・胃腸症状　・項部硬直 ・弛緩性麻痺　・腱反射の減弱･消失 ・その他（　　） ・なし	
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：便・その他（　　） ・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　　） ③ポリオ含有ワクチン接種歴（　有　・　無　・　不明）

							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。）

別記様式２－２

結　核　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　　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（　）　－			

	病　型
	１）肺結核　２）その他の結核（　）
11 症状	・せき　・たん　・発熱　・胸痛 ・呼吸困難 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・塗抹検査による病原体の検出 検体：喀痰・その他（　） ・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・その他（　） ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・その他（　） ・病理検査における特異的所見の確認 検体：（　） 所見：（　） ・ツベルクリン反応検査 （発赤・硬結・水疱・壊死） ・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験 ・画像検査における所見の確認 （　） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　） ・臨床決定 （　）

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　飛沫核・飛沫感染（感染源の種類・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

１３初診年月日	令和	年	月	日
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。）

別記様式２－３

ジ　フ　テ　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　　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　・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　・扁桃･咽頭の偽膜形成 ・リンパ節腫脹　・ブルネック ・心筋炎　・神経炎 ・呼吸障害　・中耳炎 ・その他（　） ・なし	１８　感染原因・感染経路・感染地域	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認 検体（　） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	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　経口感染（飲食物の種類・状況：　） ３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　） ４　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況:　） ５　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　） ③ジフテリア含有ワクチン接種歴（有　・　無　・　不明）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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 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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式２－４

重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）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　　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　・咳　・全身倦怠感 ・筋肉痛　・呼吸困難　・乾性咳嗽 ・低酸素血症　・下痢　・肺炎像 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・分離･同定による病原体の検出 検体：鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・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：鼻咽頭拭い液・喀痰・尿・便・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 ） ・中和試験による血清抗体の検出 ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　） ・臨床決定 （　）

１３	初診年月日	令和	年	月	日
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

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　経口感染（飲食物の種類・状況：　）

３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　）

４　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：　）

５　針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況：　）

６　輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：　）

７　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

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。）

別記様式２－５

中東呼吸器症候群（MERS）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　　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　・咳　・咳以外の急性呼吸器症状　・下痢 ・重篤な肺炎　・多臓器不全　・急性呼吸窮迫症候群 ・その他（　） ・なし	18　感染原因・感染経路・感染地域	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他：　） ・検体から直接のＰＣＲ法による病原体の遺伝子の検出 検体（鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他：　）	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　ヒトコブラクダその他の動物からの感染（動物の種類・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）	この届出は診断後直ちに行ってください
13　初診年月日　令和　年　月　日 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		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 及び 18 欄においては該当する番号等を〇で囲み、4，5 及び 13 から 17 までの欄においては年齢又は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 及び 12 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

別記様式２－６

鳥 イ ン フ ル エ ン ザ （ Ｈ ５ Ｎ １ ） 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 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 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・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。）

別記様式２－７

鳥 イ ン フ ル エ ン ザ （ Ｈ ７ Ｎ ９ ） 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 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 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・脳症 ・その他（ ） ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） ＨＮ亜型：Ｈ７Ｎ９ ・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：Ｈ７ Ｎ亜型：（ ）	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、鳩等）又はその他の動物からの感染 （鳥や動物の種類・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）	
13 初診年月日 令和 年 月 日 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		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	

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。）

別記様式３－１

コ　レ　ラ　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　　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　・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	・下痢･軟便　・米とぎ汁様下痢　・嘔吐　・脱水 ・チアノーゼ　・体重減少　・頻脈 ・血圧低下　・無尿　・虚脱 ・筋痙攣　・胃切除歴 ・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　経口感染（飲食物の種類・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　）
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるコレラ毒素の確認 （①毒素産生　②ＰＣＲ法による毒素遺伝子　） 検体：便・その他（　） 血清型：O1　・　O139 O1 の抗原型：小川型　・　稲葉型 O1 の生物型：アジア型(古典型)・エルトール型 ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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

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。）

別記様式３－２

細　菌　性　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　　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　・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　・下痢 ・腹痛　・テネスムス（しぶり腹） ・膿粘血便 ・その他（　） ・なし
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：便　・　その他（　） 菌種：dysenteriae (A 群)　・flexneri (B 群)・ boydii (C 群)　・　sonnei (D 群) 血清型：（　） ・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　経口感染（飲食物の種類・状況：　）

２　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　）

３　性的接触（A.性交　B.経口）（ア.同性間　イ.異性間　ウ.不明））

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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式３－３

腸管出血性大腸菌感染症発生届

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　・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	・腹痛　・水様性下痢　・血便 ・嘔吐　・発熱　・溶血性貧血 ・急性腎不全　・溶血性尿毒症症候群（ＨＵＳ） ・痙攣　・昏睡　・脳症 ・その他（　） ・なし	１８　感染原因・感染経路・感染地域	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるベロ毒素の確認 （①毒素産生　②ＰＣＲ法等による毒素遺伝子　） 検体：便 ・ その他（　） O血清群：O(　)・不明 H血清群：H(　)・不明 ベロ毒素：VT1VT2 ・VT1 ・VT2 ・VT(型不明) ・便でのベロ毒素の検出 （HUS 発症例に限る） ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出（HUS 発症例に限る） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	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　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　） ３　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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	

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。）

別記様式３－４

腸　チ　フ　ス　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　　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　・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	・高熱　・比較的徐脈　・バラ疹　・脾腫 ・下痢　・便秘　・腸出血　・腸穿孔 ・意識障害　・難聴 ・胆石　・慢性胆嚢炎 ・その他（　） ・なし
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髄液・便・尿・胆汁・その他 （　） ファージ型：（　） ・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　経口感染（飲食物の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式３－５

パ　ラ　チ　フ　ス　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　　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　・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	・高熱　・比較的徐脈　・バラ疹　・脾腫 ・下痢　・便秘　・腸出血　・腸穿孔 ・意識障害　・難聴　・胆石　・慢性胆嚢炎 ・その他（　） ・なし
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髄液・便・尿・胆汁・その他 （　） ファージ型：（　） ・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　経口感染（飲食物の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－１

E 型 肝 炎 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 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 ・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 ・全身倦怠感 ・食欲不振 ・黄疸 ・肝機能異常 ・肝腫大 ・その他（ ） ・なし
12 診断方法	・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･便･その他( ) 遺伝子型：G1 ・G2 ・G3 ・G4 ・血清 IgM 抗体の検出 ・血清 IgA 抗体の検出 ・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 経口感染（飲食物の種類・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 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・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 ）

１３ 初診年月日	令和	年	月	日
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

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

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。）

別記様式４－２

ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）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　　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　・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)ウエストナイル熱、2)ウエストナイル脳炎		
11 症状	・発熱　・頭痛　・筋肉痛 ・発疹　・リンパ節腫脹 ・麻痺　・意識障害　・痙攣 ・髄膜脳炎　・脳炎　・筋力低下 ・その他（　） ・なし	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　輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：　） ３　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（　） ・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（　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　） ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・　抗体価の有意上昇 ・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　）
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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

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。）

別記様式４－３

Ａ　型　肝　炎　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　　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　・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	・全身倦怠感　・発熱 ・食欲不振　・黄疸 ・肝腫大　・肝機能異常 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・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・便・その他（　） ・血清 IgM 抗体の検出 ・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　経口感染（飲食物の種類・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　性的接触（A.性交　B.経口）（ア.同性間　イ.異性間　ウ.不明）

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　）

③Ａ型肝炎ワクチン接種歴（有　・　無　・　不明）

１３　初診年月日	令和	年	月	日
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

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

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。）

別記様式４－４

エ キ ノ コ ッ ク ス 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　・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）多包条虫、　2）単包条虫		
11 症状	・肝腫大　・腹痛　・黄疸 ・貧血　・発熱　・腹水 ・るいそう　・肝臓の画像異常所見 ・その他（　） ・なし	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　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：　） ３　その他（　）
12 診断方法	・包虫あるいは包虫の一部の検出 検体：肝臓の摘出組織・肝臓の生検組織・ その他（　） ・ELISA 法による血清抗体の検出 ・Western Blot 法による血清抗体の検出 ・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　）
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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

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。）

別記様式４－５

黄　熱　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　　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　・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　・嘔吐　・筋肉痛 ・鼻出血　・歯齦出血　・黒色嘔吐 ・下血　・蛋白尿　・黄疸 ・乏尿　・肝性昏睡 ・その他（　） ・なし
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（　） ・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・その他（　） ・血清 IgM 抗体の検出 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・　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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

③黄熱ワクチン接種歴（有・無・不明）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－６

オ　ウ　ム　病　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　　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　・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 ・関節痛　・咳　・粘液性痰 ・肺炎　・呼吸困難　・意識障害 ・ＤＩＣ ・その他（　） ・なし
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体（　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体（　） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 ・ IgG 抗体 256 倍以上 ・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－７

オ　ム　ス　ク　出　血　熱　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　　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　・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 ・咳　・徐脈　・脱水 ・低血圧　・消化器症状　・出血 ・髄膜炎　・脳炎　・肺炎　・腎機能障害 ・その他（　） ・なし
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（　） ・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（　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　） ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・　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　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　）

１３　初診年月日　令和　年　月　日 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	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

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。）

別記様式４－８

回　帰　熱　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　　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　・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　・出血傾向 ・結膜炎　・肝腫大　・脾腫 ・黄疸　・発疹　・肝機能異常 ・心筋炎　・脳出血　・肺炎 ・菌血症 ・その他（　） ・なし
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（　） 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・その他（　） ・血液検体からの蛍光抗体法による病原体抗原の検出 ・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・その他（　） ・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－９

キ ャ サ ヌ ル 森 林 病 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　　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　・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 ・咳　・徐脈　・脱水 ・低血圧　・消化器症状　・出血 ・髄膜炎　・脳炎 ・その他（　） ・なし
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（　） ・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（　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　） ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 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　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　）

１３　初診年月日　令和　年　月　日 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	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

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。）

別記様式４－１０

Q 熱 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 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 ・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 ・全身倦怠感 ・眼球後部痛 ・間質性肺炎 ・肝機能異常 ・心内膜炎 ・その他（ ） ・なし
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（ ） ・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・その他（ ） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：IgM 抗体 64 倍以上・IgG 抗体 256 倍以上・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：

）

２ 塵埃感染（吸入物の種類・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 ）

１３ 初診年月日	令和 年 月 日
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

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

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。）

別記様式４－１１

狂　犬　病　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　　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　・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	・咬傷周辺の知覚異常　・疼痛 ・不穏　・頭痛　・発熱 ・恐水発作　・麻痺　・痙攣 ・異常興奮 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他（　） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頚部の皮膚・気管吸引物・唾液腺・脳組織・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：唾液・髄液・脳組織・その他（　） ・ Fluorecent Focus Inhibition Test による髄液抗体の検出 ・ELISA 法による髄液抗体の検出（IgM・IgG） ・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　　）

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	

（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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式４－１２

コ　ク　シ　ジ　オ　イ　デ　ス　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　・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 ・胸部結節性病変　・胸部空洞性病変 ・皮膚潰瘍･腫瘤　・全身播種 ・その他（　） ・なし	１８　感染原因・感染経路・感染地域	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他（　） ・鏡検による病原体の検出 検体：喀痰・気管支洗浄液・肺組織・皮膚組織・その他（　） ・免疫拡散法による抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	①感染原因・感染経路（　確定・推定　） １　塵埃感染（吸入物の種類・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　）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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	

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。）

別記様式４－１３

サ　ル　痘　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　　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　・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 ・背部痛　・発疹 ・局所リンパ節腫脹 ・その他（　　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（　　） ・電子顕微鏡での観察による病原体の検出（確定例からの二次感染、又は感染動物からの感染が強く疑われる場合に限る） 検体（　　） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体（　　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体（　　） ・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　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　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　　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－１４

ジ　カ　ウ　イ　ル　ス　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　・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・日齢）	６　当該者職業
	男・女	年　月　日	歳（　か月　日）	
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）ジカウイルス病、　2）先天性ジカウイルス感染症		①感染原因・感染経路（　確定　・　推定　）
11　症候・合併症	1）　ジカウイルス病の場合： ・発熱　・発疹　・頭痛 ・全身の筋肉痛　・骨関節痛　・結膜充血 ・血小板減少　・白血球減少　・筋力低下 ・弛緩性麻痺　・反射消失を伴う運動麻痺 ・その他（　） ・なし 2）　先天性ジカウイルス感染症の場合： ・小頭症　・頭蓋内石灰化　・先天奇形 ・聴覚障害　・視力障害　・精神発達遅滞 ・脾腫大　・肝腫大 ・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　感染母体からの経胎盤感染 母親の妊娠中のジカウイルス感染症罹患歴 ア）妊娠中に診断（診断時の妊娠週数：　週） 羊水検査実施の有無：ａ）あり　ｂ）なし 羊水検査結果：ａ）陽性　ｂ）陰性　ｃ）判定保留 イ）出産後に診断　ウ）判定保留　エ）陰性 オ）その他（　） ３　経産道感染 ４　輸血 ５　性的接触 ア）異性間　イ）同性間　ウ）不明 ６　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・尿・臍帯・臍帯血・胎盤・髄液・その他（　） 方法：ウイルス分離・免疫組織化学染色・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・髄液・臍帯・臍帯血・胎盤・その他（　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他（　） 結果：陽転化・抗体価の有意な上昇 他のフラビウイルス属ウイルスの IgM 抗体の確認の有無： あり（病原体：　）・なし ・中和抗体の検出 検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他（　） 結果：陽転化・抗体価の有意な上昇 ・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	

（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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式４－１５

重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）　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　　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　・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
	・神経症状	・腹痛	・下痢
	・嘔吐	・食欲不振	・全身倦怠感
	・血小板減少	・白血球減少	・リンパ節腫脹
	・出血傾向	・紫斑	・消化管出血
	・刺し口		
	・その他（　）		
	・なし		

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（　）

・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・その他（　）

・ELISA 法による血清抗体の検出
　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

・蛍光抗体法による血清抗体の検出
　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

・ペア血清での中和抗体の検出
　結果：抗体陽転　・　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　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（
　　）

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　　）

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	

（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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式４－１６

腎　症　候　性　出　血　熱（HFRS）　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　　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　・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　・血圧低下　・ショック ・点状出血 ・乏尿　・蛋白尿　・血尿 ・腎機能低下 ・その他（　　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・尿・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・その他（　　） ・ELISA 法による血清抗体の検出（IgM・IgG） ・間接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（　　）

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（　　）

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　　）

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。）

別記様式４－１７

西　部　ウ　マ　脳　炎　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　　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　・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 ・発疹　・リンパ節腫脹 ・麻痺　・意識障害　・痙攣 ・髄膜炎　・脳炎　・筋力低下 ・その他（　） ・なし
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（　） ・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（　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　） ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・　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　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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－１８

ダニ媒介脳炎　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　　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　・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 ・発疹　・リンパ節腫脹 ・麻痺　・意識障害　・痙攣 ・髄膜炎　・脳炎　・筋力低下 ・その他（　） ・なし
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（　） ・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（　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　） ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 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　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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－１９

炭　疽　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　　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　・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	・皮膚病変（ニキビ、虫ささされ様） ・水疱　・黒色痂皮 ・敗血症　・発熱　・呼吸困難 ・チアノーゼ　・ショック ・腹痛　・吐血　・血性下痢 ・その他（　） ・なし
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体（　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体（　） ・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　経口感染（飲食物の種類・状況：　） ２　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　） ３　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

１３　初診年月日	令和	年	月	日
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

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

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。）

別記様式４－２０

チクングニア熱発生届

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　　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　・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　・関節痛　・発疹 ・関節の炎症、腫脹　・全身倦怠感　・頭痛 ・筋肉痛　・リンパ節腫脹 ・血小板減少　・白血球減少　・神経症状 ・劇症肝炎 ・その他（　） ・なし	18　感染原因・感染経路・感染地域	
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（　） ・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・その他（　） ・血清 IgM 抗体の検出 ・ペア血清での ELISA 法による IgG 抗体の検出 結果：抗体陽転　・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転　・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・抗体価の有意上昇 ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	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（　） 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。）

別記様式４－２１

つ つ が 虫 病 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　　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　・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	・頭痛　・発熱　・刺し口 ・リンパ節腫脹　・発疹 ・肺炎　・脳炎 ・その他（　　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・病理組織・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・病理組織・その他（　　） ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－２２

デ　ン　グ　熱　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　　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　・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)デング熱、　2)デング出血熱		①感染原因・感染経路（　確定・推定　）
11 症状	・発熱　・2 日以上続く発熱　・頭痛 ・全身の筋肉痛　・骨関節痛　・発疹 ・血小板減少　・100,000/㎣ 以下の血小板減少 ・白血球減少　・出血　・ショック ・ヘマトクリットの上昇(補液なしで、同性、同年代の正常値の 20%以上の上昇)　・血清蛋白の低下　・胸水 ・腹水　・Tourniquet テスト陽性 ・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　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（　） 血清型：（　） ・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・その他（　） 血清型：（　） ・血液（血清又は全血）での非構造蛋白（NS1）の検出 ・ペア血清での血清 IgM 抗体の検出 結果：抗体陽転　・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転　・抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・抗体価の有意上昇 ・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。）

別記様式４－２３

東　部　ウ　マ　脳　炎　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　　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　・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 ・発疹　・リンパ節腫脹 ・麻痺　・意識障害　・痙攣 ・髄膜炎　・脳炎　・筋力低下 ・その他（　） ・なし
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（　） ・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（　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　） ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 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　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　）

１３　初診年月日　令和　年　月　日 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	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

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。）

別記様式４－２４

鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１及びＨ７Ｎ９）を除く。）

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　　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　・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　・下痢 ・重篤な肺炎　・多臓器不全 ・結膜炎 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（　） Ｈ亜型：H5・H7・H9・その他（　） Ｎ亜型：（　） ・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・H7・H9・その他（　） Ｎ亜型：（　） ・中和試験による血清抗体の検出 Ｈ亜型：H5・H7・H9・その他（　） ・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　飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：　） ２　経口感染（飲食物の種類・状況：　） ３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　） ４　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：　） ５　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　）

１３　初診年月日　令和　年　月　日 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	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

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。）

別記様式４－２５

ニ パ ウ イ ル ス 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　・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　・嘔吐 ・筋肉痛　・ミオクローヌス ・意識障害　・筋緊張低下 ・痙攣　・脳炎 ・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　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：髄液・その他（　） ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名（　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他（　） ・ELISA 法による血清抗体の検出 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 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・抗体価の有意上昇 ・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　）
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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

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。）

別記様式４－２６

日　本　紅　斑　熱　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　　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　・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 ・刺し口　・発疹 ・ＤＩＣ　・肝機能異常 ・その他（　） ・なし
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（　） ・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・その他（　） ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－２７

日　本　脳　炎　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　　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　・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 ・嘔吐　・項部硬直 ・意識障害　・易興奮性 ・痙攣　・筋硬直 ・脳神経麻痺　・不随意運動 ・運動失調 ・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　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　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　　） ③日本脳炎ワクチン接種歴 1回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日・不明） 2回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日・不明） 3回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日・不明） 4回目　有（　　歳）・無・不明 接種年月日（Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日・不明）
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（　　） ・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（　　） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（　　） ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転　・　抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・　抗体価の有意上昇 ・ペア血清での補体結合抗体の検出 結果：抗体陽転　・　抗体価の有意上昇 ・その他の方法（　　） 検体（　　） 結果（　　）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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

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。）

別記様式４－２８

ハ ン タ ウ イ ル ス 肺 症 候 群（HPS） 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 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 ・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 ・筋肉痛 ・咳嗽 ・呼吸困難 ・消化器症状 ・頻呼吸 ・頻脈 ・ショック ・肺水腫 ・その他（ ） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・肺組織・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・肺組織・その他（ ） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出（IgM ・ IgG） ・ELISA 法による血清抗体の検出（IgM ・ IgG） ・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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 ）

１３ 初診年月日	令和 年 月 日
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

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

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。）

別記様式４－２９

Ｂ　ウ　イ　ル　ス　病　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　　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　・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	・水疱性　・潰瘍性皮膚粘膜病変 ・動物との接触部位の局所症状 ・リンパ節腫脹　・発熱　・筋力低下 ・麻痺　・結膜炎　・脳幹機能不全 ・複視　・構語障害　・交差性麻痺 ・知覚障害　・脳炎 ・その他（　　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・擦過部生検組織・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：咽頭拭い液・髄液・咬傷部生検組織・擦過部生検組織・その他（　　） ・ELISA 法(ドットブロット法を含む)による血清抗体の検出 ・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況　　）

２　針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・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　　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－３０

鼻　疽　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　　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　・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 ・敗血症　・ショック　・皮膚膿瘍 ・肺炎　・肺膿瘍 ・筋肉膿瘍　・腹部臓器膿瘍 ・その他（　） ・なし	１８　感染原因・感染経路・感染地域	
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液・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：皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液・その他（　） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	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　輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・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　）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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 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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式４－３１

ブ ル セ ラ 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　・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　・倦怠感 ・関節痛　・筋肉痛 ・腰背部痛　・脾腫 ・リンパ節腫脹　・関節炎 ・精巣炎　・肝腫大 ・心内膜炎　・肺炎 ・中枢神経症状　・骨髄炎 ・膵炎　・仙腸骨炎 ・その他（　　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・骨髄・膿瘍・その他（　　） 菌種名（　　） ・試験管凝集反応による血清抗体の検出 結果：抗原がアポルタスで４０倍以上・抗原がカニスで１６０倍以上 ・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　経口感染（飲食物の種類・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　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　　）

１３　初診年月日	令和	年	月	日
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

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

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。）

別記様式４－３２

ベネズエラウマ脳炎 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 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 ・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 ・発疹 ・リンパ節腫脹 ・麻痺 ・意識障害 ・痙攣 ・髄膜炎 ・脳炎 ・筋力低下 ・その他（ ） ・なし
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（ ） ・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（ ） ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他（ ） ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 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 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 ）

１３ 初診年月日 令和 年 月 日
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

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

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。）

別記様式４－３３

ヘ ン ド ラ ウ イ ル ス 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　・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　・嘔吐 ・肺炎　・呼吸障害 ・筋肉痛　・ミオクローヌス ・意識障害　・脳炎 ・髄膜炎 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・その他（　） ・免疫染色による病原体抗原の検出 検体名（　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・その他（　） ・ELISA 法による血清抗体の検出 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 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転　・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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

別記様式４－３４

発　し　ん　チ　フ　ス　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　　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　・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 ・発疹　・点状出血 ・幻覚　・狂躁状態 ・意識障害 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・病理組織・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・病理組織・その他（　） ・補体結合反応による血清抗体の検出 ・間接酵素抗体法による血清抗体の検出 ・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－３５

ボ　ツ　リ　ヌ　ス　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　・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)食餌性(食中毒)、2)乳児、3)創傷、4)成人腸管定着、5)不明		①感染原因・感染経路（　確定・推定　）
11 症状	・弛緩性麻痺　・複視 ・眼瞼下垂　・嚥下困難 ・口渇　・便秘 ・筋力低下　・呼吸困難 ・その他（　　）・なし	１　経口感染（飲食物の種類・状況：　　）
12 診断方法	・検体から直接のボツリヌス毒素の検出 検体：血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液 ・その他（　　） ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるボツリヌス毒素の確認 (①毒素産生、②PCR 法による毒素遺伝子) 検体：血液・便・吐物・腸内容物・創部の浸出液・その他（　　） ・原因食品からのボツリヌス毒素の検出 原因食品（　　） ・ボツリヌス毒素に対する血清抗体の検出（数か月後） ・その他の方法（　　） 検体（　　） 結果（　　）	２　創傷感染（創傷の部位・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　　）
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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 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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式４－３６

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　　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　・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　）
11 症状	・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 診断方法	・血液検体の鏡検による病原体の検出 ・血液検体の PCR 法による病原体遺伝子の検出 ・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。）

別記様式４－３７

野　兎　病　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　　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　・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	・悪寒　・発熱　・頭痛　・筋肉痛 ・関節痛　・リンパ節腫脹　・リンパ節潰瘍 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体（　） ・菌凝集反応による血清抗体の検出 結果：単一血清で 40 倍以上 ・ 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　水系感染（水の種類・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　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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－３８

ラ　イ　ム　病　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　　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　・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	・遊走性紅斑　・筋肉痛・筋肉炎　・関節腫脹 ・発熱　・髄膜炎　・中枢神経症状 ・末梢神経症状　・循環器症状　・眼症状 ・慢性萎縮性肢端皮膚炎　・慢性脳脊髄炎 ・その他（　）・なし	１８　感染原因・感染経路・感染地域	
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・その他（　） 菌種名（　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：紅斑部の皮膚 ・ 髄液 ・その他（　） ・Western Blot 法による血清抗体の検出 ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	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（　） 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　）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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	

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。）

別記様式４－３９

リ　ッ　サ　ウ　イ　ル　ス　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　・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	・咬傷周辺の知覚異常　・疼痛 ・不穏　・頭痛　・発熱 ・恐水発作　・麻痺　・痙攣 ・異常興奮 ・その他（　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：唾液・その他（　） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体：角膜塗抹標本・頚部の皮膚・気管吸引物 ・唾液腺・脳組織・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：唾液・髄液・脳組織・その他（　） ・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・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－４０

リ　フ　ト　バ　レ　ー　熱　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　　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　・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 ・嘔吐　・項部硬直 ・意識障害　・易興奮性 ・痙攣　・筋硬直 ・脳神経麻痺　・不随意運動 ・運動失調 ・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　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　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　）
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（　） ・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（　） ・血清での中和抗体の検出 ・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（　）	
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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

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。）

別記様式４－４１

類　鼻　疽　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　　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　・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 ・敗血症　・ショック　・皮膚膿瘍 ・肺炎　・肺膿瘍 ・筋肉膿瘍　・腹部臓器膿瘍 ・リンパ節膿瘍　・骨膿瘍 ・その他（　） ・なし		
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・ 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：喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液・ その他（　） ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）		
１３　初診年月日	令和　年　月　日	１８　感染原因・感染経路・感染地域	
１４　診断（検案(※)）年月日	令和　年　月　日	①感染原因・感染経路（　確定・推定　） １　水系感染（水の種類・状況：　） ２　創傷感染（創傷の部位・状況：　） ３　塵埃感染（吸入物の種類・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　）	
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	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 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。）

この届出は診断後直ちに行ってください

別記様式４－４２

レ ジ オ ネ ラ 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　・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）肺炎型　２）ポンティアック熱型		①感染原因・感染経路（　確定・推定　）
11 症状	・発熱　・咳嗽　・呼吸困難　・腹痛 ・下痢　・意識障害　・肺炎　・多臓器不全 ・その他（　） ・なし	１　水系感染（水の種類・状況：　） ２　塵埃感染（吸入物の種類・状況：　） ３　その他（　）
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体（　） ・蛍光抗体法による病原体抗原の検出 検体（　） ・尿中の病原体抗原の検出 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接の病原体遺伝子の検出 検査法（PCR 法・LAMP 法） 検体（　） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 結果：ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも 1 回は 128 倍以上)・単一血清で 256 倍以上 ・マイクロプレート凝集法による血清抗体の検出 結果：ペア血清での抗体陽転(少なくとも1回は128倍以上)・ペア血清での抗体価の有意上昇(少なくとも 1 回は 128 倍以上)・単一血清で 256 倍以上 ・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　）
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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

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。）

別記様式４－４３

レ　プ　ト　ス　ピ　ラ　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　・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　・筋肉痛　・結膜充血 ・黄疸　・出血症状　・蛋白尿 ・腎不全 ・その他（　　） ・なし
12 診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・尿・その他（　　） 血清型：（　　） ・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・尿・その他（　　） ・ペア血清での顕微鏡下凝集試験法（MAT）による血清抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 血清型：（　　） ・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　経口感染（飲食物の種類・状況：　　）

２　水系感染（水の種類・状況：　　）

３　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・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　　）

１３　初診年月日	令和　年　月　日
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

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

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。）

別記様式４－４４

ロ　ッ　キ　ー　山　紅　斑　熱　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　　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　・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 ・発疹　・点状出血　・刺し口 ・肝機能異常　・ＤＩＣ ・中枢神経症状　・乏尿　・ショック ・その他（　） ・なし	１８　感染原因・感染経路・感染地域	
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（　） ・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・その他（　） ・間接蛍光抗体法による血清抗体の検出 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 ・ELISA 法による血清抗体の検出 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 ・その他の方法（　） 検体（　） 結果（　）	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（　） 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　）	この届出は診断後直ちに行ってください
１３　初診年月日　令和　年　月　日 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		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 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。）

別記様式５－１

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　　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）　・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		１１　感染原因・感染経路・感染地域
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　・心嚢炎　・大腸粘膜異常所見 ・その他（　　）	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（　　）
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 （　　） ・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（　　）	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　　）
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〇で囲み、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。）

別記様式５－２

ウイルス性肝炎（Ｅ型肝炎及びＡ型肝炎を除く。）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　　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）　・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		１１　感染原因・感染経路・感染地域
1) B型、2) C型、3) D型、 4) そ　の　他（　　）、5) 不明		
４ 症 状	・全身倦怠感　・嘔吐　・褐色尿 ・発熱　・肝機能異常　・黄疸 ・劇症肝炎 ・その他（ ）	①感染原因・感染経路（　確定・推定　） １　針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： ） ２　静注薬物常用 ３　輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ） ４　性的接触（A.性交　B.経口）（ア.同性間　イ.異性間　ウ.不明） ５　母子感染（ア.胎内　イ.出産時　ウ.母乳） ６　その他（ ）
５ 診 断 方 法	１）B 型肝炎 ・血清での IgM HBc抗体の検出 （明らかなキャリアからの急性増悪は含まない） ・遺伝子型：A 型　・B 型　・C 型　・その他（　）・未実施 ２）C 型肝炎 ・血清での抗体陰性、かつ HCV RNA 又は HCV コア抗原の検出 ・ペア血清での抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・遺伝子型：1 型　・2 型　・その他（　）・未実施 ３）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　　）
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		③B型肝炎ワクチン接種歴（有　・　無　・　不明）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－３

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症発生届

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）　・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　症状	・尿路感染症　・肺炎　・腸炎　・腹膜炎 ・髄膜炎　・菌血症　・敗血症　・胆嚢炎 ・胆管炎 ・その他（　　）
５　診断方法	・　通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸内細菌科細菌の検出及び分離菌の薬剤耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（　　） 菌種名（　　） 確認に用いた薬剤名（　メロペネム・イミペネムとセフメタゾール　） ・　通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸内細菌科細菌の検出、分離菌の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（　　） 菌種名（　　） 確認に用いた薬剤名（　メロペネム・イミペネムとセフメタゾール　）
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

１１　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　以前からの保菌（保菌部位：　　）

２　院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況：　　）

３　医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（　　））

４　手術部位感染（手術手技：　　）

５　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　　）

③９０日以内の海外渡航歴（　有　・　無　）

有りの場合

１　渡航先（　　国）

２　海外での医療機関の受診歴（　有　・　無　）

有りの場合

受診した国名（　　国）

入院歴（　有　・　無　）

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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

１．急性灰白髄炎との鑑別のため、診断後速やかに病原体検査のための検体を採取し、検査結果を待つことなく、出来るだけ速やかに管轄の保健所へ急性弛緩性麻痺の届出をしていただきますようお願いします。
２．届出後、病原体検査により急性灰白髄炎と診断された場合については、届出の取り下げ等にご協力いただきますようお願いします。

別記様式５－４

急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）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　　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）　・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		11　感染原因・感染経路・感染地域
１）病原体（　　） ２）病原体不明		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 経口感染（飲食物の種類・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　　） ③ポリオウイルス検査の実施（有・無） ④ポリオ含有ワクチン接種歴 １回目　有（　　か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・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（　　か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・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（　　か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・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） ４回目　有（　　歳）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・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:海外でポリオ含有ワクチンの接種歴がある場合（生・IPV 含有ワクチン・不明） 接種年月日（H･R　年　月　日　・不明） 製造会社/Lot 番号（　　/　　・不明）
４ 症状	・弛緩性麻痺 左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・呼吸筋・顔面・他（　　） ・深部腱反射低下　・膀胱直腸障害　・瞳孔散大 ・筋萎縮・筋肉痛・頭痛・髄液蛋白質増加 ・髄液細胞数増加・発熱・喘鳴・咳・鼻汁 ・下痢・嘔吐・便秘・腹痛・意識障害・感覚障害 ・小脳症状・不随意運動・脊髄の画像異常所見 ・その他（　　）	
５ 診断方法	・次の①～③の全ての要件を満たすことを確認 ①１５歳未満 ②急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が２４時間以上消失しなかった者 ③明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙性麻痺でないこと	
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	

（1,2,4,11 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。
4,11 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

別記様式５－５

急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）　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　　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）　・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		１１　感染原因・感染経路・感染地域
1) 病原体（　　） 2) 病原体不明		①感染原因・感染経路（　確定・推定　）
４ 症 状	・発熱　・頭痛　・嘔吐　・項部硬直 ・痙攣　・意識障害　・髄液細胞数の増加 ・その他（　　）	１　飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：　　） ２　経口感染（飲食物の種類・状況：　　） ３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　） ４　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：　　） ５　その他（　　）
５ 診 断 方 法	・意識障害を伴って死亡した者、または意識障害を伴って 24 時間以上入院した者のうち、次の①②③の少なくとも 1 つの症状を呈したことを確認 ①38 度以上の高熱、　②何らかの中枢神経症状、 ③先行感染症状 （熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷等、明らかに感染性とは異なる場合は除外する。）	
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		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　　）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－６

クリプトスポリジウム症発生届

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）　・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　症状	・腹痛　・下痢 ・発熱　・免疫不全 ・その他（　　）
５　診断方法	・鏡検による病原体の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（　　） ・病原体抗原の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（　　） 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・すい液・その他（　　） ・その他の検査方法（　　） 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

１１　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　経口感染（飲食物の種類・状況：　　）

２　水系感染（水の種類・状況：　　）

３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　）

４　動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：　　）

５　性的接触（A. 性交　B. 経口）
（ア. 同性間　イ. 異性間　ウ. 不明）

６　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　　）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－７

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）の類型

・患者（確定例）　　・感染症死亡者の死体

２　性　　別　　男　・　女

３　診断時の年齢　　歳

４　病型

1)孤発性プリオン病
(a)古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)
(b)その他
2)遺伝性プリオン病
(a)ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS)
(b)家族性CJD
(c)家族性致死性不眠症(FFI)
3)感染性プリオン病
(a)医原性CJD
(b)変異型CJD

診断の確実度（ｱ.確実　ｲ.ほぼ確実　ｳ.疑い）

５　診断方法

1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出）
部位
(1)脳　(2)扁桃　(3)その他の臓器
方法
(1)Western Blot法　(2)免疫染色法
異常プリオン蛋白の沈着型
(1)ｱﾐﾛｲﾄﾞ斑型　(2)ｼﾅﾌﾟｽ型　(3)その他
2) プリオン蛋白遺伝子検査
(1)コドン（　　）の異常
(2)コドン１２９の多型
(ｱ.M/M　ｲ.M/V　ｳ.V/V)
(3)コドン２１９の多型
(ｱ.E/E　ｲ.E/K　ｳ.K/K)
(4)その他（　　）
3) 臨床症候
4) 家族歴
5) 検査
(1)脳波(PSD)
(2)脳MRI
(3)14-3-3蛋白
(4)その他
6) その他（　　）
（該当するものすべてに記載すること）

６　症状

ｱ. 進行性認知症　（　　年　月より）
ｲ. ミオクローヌス　（　　年　月より）
ｳ. 錐体路症状　（　　年　月より）
ｴ. 錐体外路症状　（　　年　月より）
ｵ. 小脳症状　（　　年　月より）
ｶ. 視覚異常　（　　年　月より）
ｷ. 無動性無言状態　（　　年　月より）
ｸ. 記憶障害　（　　年　月より）
ｹ. 精神・知能障害　（　　年　月より）
ｺ. 臨床的に頑固な不眠　（　　年　月より）
ｻ. 異常感覚　（　　年　月より）
ｼ. 痙性対麻痺　（　　年　月より）
ｽ. 筋強剛　（　　年　月より）
ｾ. その他（　　）（　　年　月より）

７　初診年月日　令和　年　月　日
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
（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）
1) ヒト乾燥硬膜（　　年　月　日）
2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤（　　年　月　日）
3) 角膜手術（　　年　月　日）
4) 手術等観血的処置（　　年　月　日）
[種類　　]
5) 輸血等（　　年　月　日）
6) その他[　　]（　　年　月　日）

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：　　）

この届出は診断から7日以内に行ってください

（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）

別記様式５－８

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

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）　・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 症 状	・ショック ・肝不全　・腎不全　・急性呼吸窮迫症候群 ・ＤＩＣ　・軟部組織炎 ・全身性紅斑性発疹　・中枢神経症状 ・その他（　　）
５ 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・壊死軟部組織・その他（　　） 血清群：Ａ群・Ｂ群・Ｃ群・Ｇ群 その他（　　群） Ｍ型/Ｔ型別：Ｍ（　　）型、Ｔ（　　）型 ・その他の検査方法（　　） 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

１１　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　経口感染（飲食物の種類・状況：　　）

３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　）

４　創傷感染（創傷の部位・状況：　　）

５　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　　）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－９

後天性免疫不全症候群発生届（ＨＩＶ感染症を含む）

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　　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　・感染症死亡者の死体			
２　性　　別	男　・　女	６　診断時の症状等	①　診断時の症状（無症候性キャリアの場合は記載不要） 1）有 2）無 ②　診断時のＣＤ４値 1）ＣＤ４値（　　/μL） 2）検査実施日時（　　年　　月　　日）
３　診断時の年齢	歳		
４　病名	1）無症候性キャリア 2）ＡＩＤＳ 3）その他（　　）		
5-1　診断方法	・抗ＨＩＶ抗体スクリーニング検査 1)ELISA法　2)ＰＡ法　3)ＩＣ法 4)その他（　　） ・確認検査 1)Western Blot法 2)その他（　　） ・病原検査 1)ＨＩＶ抗原検査　2)ウイルス分離 3)ＰＣＲ法 4)その他（　　） ・１８か月未満の児の免疫学的所見 （　　） （該当するもの全てに○をすること）		
７　発病年月日 （AIDSの指標疾患(5-2)の発病日）	令和　　年　　月　　日		
８　初診年月日	令和　　年　　月　　日		
９　診断(検案※)年月日 （AIDSの場合は指標疾患(5-2)の診断日）	令和　　年　　月　　日		
10　感染したと推定される年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
11　死亡年月日 ※	令和　　年　　月　　日		

5-2 ＡＩＤＳと診断した指標疾患 該当する全てに○	1）カンジダ症（食道、気管、気管支、肺） 2）クリプトコッカス症（肺以外） 3）コクシジオイデス症（①全身に播種したもの　②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 4）ヒストプラズマ症（①全身に播種したもの　②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 5）ニューモシスティス肺炎 6）トキソプラズマ脳症（生後１か月以後） 7）クリプトスポリジウム症（１か月以上続く下痢を伴ったもの） 8）イソスポラ症（１か月以上続く下痢を伴ったもの） 9）化膿性細菌感染症（１３歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により①敗血症　②肺炎　③髄膜炎　④骨関節炎　⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、２年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの） 10）サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く） 11）活動性結核（肺結核又は肺外結核） 12）非結核性抗酸菌症（①全身に播種したもの　②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 13）サイトメガロウイルス感染症（生後１か月以後で、肝、脾、リンパ節以外） 14）単純ヘルペスウイルス感染症（①１か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの　②生後１か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの） 15）進行性多巣性白質脳症 16）カポジ肉腫 17）原発性脳リンパ腫 18）非ホジキンリンパ腫 19）侵潤性子宮頸癌 20）反復性肺炎 21）リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：ＬＩＰ／ＰＬＨ complex（１３歳未満） 22）ＨＩＶ脳症（認知症又は亜急性脳炎） 23）ＨＩＶ消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

12　感染原因・感染経路・感染地域	13　感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項
①感染原因・感染経路（　確定・推定　） １　性的接触 （ア．同性間　イ．異性間　ウ．不明） ２　静注薬物使用 ３　母子感染 （ア．胎内・出産時　イ．母乳） 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（　　） ６　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 （国名： 詳細地域：　　） ３　不明	①　最近数年間の主な居住地 １　日本国内（　　都道府県） ２　その他（　　） ３　不明 ②　国籍 １　日本 ２　その他（　　） ３　不明

この届出は診断から７日以内に行ってください

（１、２、４から６、12、13 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。）

別記様式５－１０

ジ ア ル ジ ア 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）　・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 症 状	・腹部不快感　　・下痢 ・胆管炎　　・胆嚢炎 ・その他（　　）
５ 診 断 方 法	・鏡検による病原体の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（　　） ・病原体抗原の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（　　） 検査法（酵素抗体法・イムノクロマト法） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：便・生検組織・十二指腸液・胆汁・膵液・その他（　　） ・その他の検査方法（　　） 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

１１　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　経口感染（飲食物の種類・状況：　　）

２　水系感染（水の種類・状況：　　）

３　性的接触（A. 性交　B. 経口）
（ア. 同性間　イ. 異性間　ウ. 不明）

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　　）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－１１

侵 襲 性 イ ン フ ル エ ン ザ 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）　・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 症 状	・頭痛　・発熱　・嘔吐 ・痙攣　・意識障害　・項部硬直 ・大泉門膨隆　・ショック　・髄膜炎 ・肺炎　・菌血症　・関節炎 ・脳膿瘍　・喉頭蓋炎 ・多臓器不全　・その他（　　）
５ 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（　　） 血清型：未実施・ｂ群・その他（　　型） ・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（　　） 血清型：未実施・ｂ群・その他（　　型） ・ラテックス法による病原体抗原の検出 ・その他の検査方法（　　） 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

１１　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　　）

③ヒブワクチン接種歴
１回目　有（　　歳）・無・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（　　歳）・無・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（　　歳）・無・不明
接種年月日（S･H･R　　年　　月　　日　・不明）
製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）
４回目　有（　　歳）・無・不明
接種年月日（S･H･R　　年　　月　　日　・不明）
製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－１２

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

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
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

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

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。）

別記様式５－１３

侵 襲 性 肺 炎 球 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）　・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 症 状	・頭痛　・発熱　・咳 ・全身倦怠感　・嘔吐　・痙攣 ・意識障害　・項部硬直　・大泉門膨隆 ・髄膜炎　・肺炎　・中耳炎 ・菌血症　・その他（　　）
５ 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（　　） 血清型：未実施・（　　）型 ・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（　　） 血清型：未実施・（　　）型 ・病原体抗原の検出 検査法（ラテックス法・イムノクロマト法） ・その他の検査方法（　　） 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

１１　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　　）

③肺炎球菌ワクチン接種歴

１回目　有（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・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（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・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（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・不明）

接種年月日（ S･H･R　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

４回目　有（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・不明）

接種年月日（ S･H･R　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－１４

水痘（入院例に限る。）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　　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）　・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)検査診断例　　2)臨床診断例	
４ 症 状	・発熱　・発疹　・肺炎　・気管支炎　・熱性痙攣 ・肝炎　・膿痂疹　・蜂窩織炎　・敗血症 ・脳炎　・髄膜脳炎　・小脳炎　・小脳失調 ・急性呼吸窮迫症候群(ARDS)・急性散在性脳脊髄炎(ADEM) ・根神経炎　・急性腎不全　・小腸穿孔　・心膜炎 ・播種性血管内凝固症候群（DIC）　・多臓器不全 ・内臓播種性水痘　・妊婦水痘　・免疫不全 ・他疾患入院中の発症 ・後遺症（　　）・その他（　　）
５ 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・髄液・その他（　　） 検体採取日（　月　日　）結果（陽性・陰性） ・蛍光抗体法による抗原の検出 検体：水疱内容液・水疱基底部拭い液（水疱内剥離感染細胞）・その他（　　） 検体採取日（　月　日　）結果（陽性・陰性） ・検体から直接のＰＣＲ法による病原体遺伝子の検出 検体：水疱内容液・咽頭拭い液・末梢血リンパ球・血液・髄液・痂皮・その他（　　） 検体採取日（　月　日　）結果（陽性・陰性） ・血清ＩｇＭ抗体の検出 検体採取日（　月　日） 結果（陽性・陰性・判定保留） 抗体価：（　　） ・ペア血清での抗体の検出 検体採取日（１回目　月　日　2回目　月　日） 抗体価　（１回目　　2回目　　） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：EIA・IAHA・NT・CF・その他（　　）

・その他の検査方法（　　）
検体（　　）
検体採取日（　月　日　）　結果（陽性・陰性）
・臨床決定（　　）

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

11　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（感染源となった水痘患者・帯状疱疹患者・状況：　　）
２　接触感染（感染源となった水痘患者・帯状疱疹患者・物の種類・状況：　　）
３　院内感染（感染伝播の状況：　　）
（入院していた理由（疾患名）　　）
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）

③水痘ワクチン接種歴
１回目　有（　歳）・　無　・　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（　歳）・　無　・　不明
接種年月日（S･H･R　年　月　日　・不明）
製造会社/Ｌｏｔ番号（　/　・不明）

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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、風しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いします。

別記様式５－１５

先天性風しん症候群発生届

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　　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）　・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		１１　感染原因・感染経路・感染地域
1）ＣＲＳ典型例、　2）その他		
４　症状	・白内障　・先天性緑内障 ・先天性心疾患（　　） ・難聴 ・色素性網膜症　・紫斑 ・脾腫　・小頭症 ・精神発達遅滞　・髄膜脳炎 ・Ｘ線透過性の骨病変 ・黄疸（生後 24 時間以内に出現） ・その他（　　）	①感染原因・感染経路 １　母親の妊娠中の風しん罹患歴 ・あり（発症した妊娠週数　　週） ・なし ・不明 ②母親の感染地域（　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出生時の母親の年齢（　　歳）
５　診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・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：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （　　） ・血清 IgM 抗体の検出 ・血清赤血球凝集抑制（HI）抗体価が、移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続（出生児の HI 抗体価が、月あたり１／２の低下率で低下していない） ・その他検査方法（　　） 検体（　　） 結果（　　）	④母親の風しん含有ワクチン接種歴 1 回目　有（　　歳）・　無　・　不明 母子手帳等の記録による確認の有無　（有　・　無） ワクチンの種類（風しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・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（　　歳）・　無　・　不明 母子手帳等の記録による確認の有無　（有　・　無） ワクチンの種類（風しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・不明） 接種年月日（S･H･R　年　月　日　・不明） 製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）
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	

（1，2，4，5，11 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。）

この届出は診断から7日以内に行ってください

別記様式５－１６

梅　毒　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　　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　・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　病型 1)早期顕症梅毒(ｱ、Ⅰ期 ｲ、Ⅱ期)　2)晩期顕症梅毒、 3)先天梅毒、4)無症候（無症状病原体保有者） ②　ＨＩＶ感染症合併の有無 1）有　2）無　3）不明	
４ 症 状	・初期硬結（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（　　）） ・硬性下疳（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（　　）） ・鼠径リンパ節腫脹（無痛性）　・梅毒性バラ疹 ・丘疹性梅毒疹　・扁平コンジローマ ・ゴム腫　・心血管症状　・神経症状　・眼症状 ・骨軟骨炎　・実質性角膜炎　・感音性難聴 ・Hutchinson歯　・その他（　　） ・なし
５ 診 断 方 法	① 患者（確定例）の場合 ・病変からの病原体の検出（染色法、PCR検査） ・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出 1）カルジオリピンを抗原とする検査 2）*T. pallidum*を抗原とする検査 ② 無症状病原体保有者の場合 ・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出 1）カルジオリピンを抗原とする検査 （抗体価を記載、16倍相当以上が必要） 結果：（　　倍、R.U.,U又はSU/ml） 2）*T. pallidum*を抗原とする検査 ・その他の検査方法（　　） 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	

１１　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　性的接触 （A.性交　B.経口） （ア.同性間　イ.異性間　ウ.不明） （性風俗産業の従事歴（直近６か月以内） 1）有　2)無　3)不明） （性風俗産業の利用歴（直近６か月以内） 1）有　2)無　3)不明） ２　静注薬物使用 ３　母子感染（ア.胎内・出産時　イ.母乳） 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（　　） ６　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 （国名： 詳細地域：　　） ３　不明 ③ 過去の治療歴 1）１年より前　2）１年以内　3）なし　4）不明
１２　感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項
・妊娠の有無 1）有（　　週）　2）無　3）不明

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, 12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。）

別記様式５－１７

播種性クリプトコックス症発生届

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）　・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 症 状	・頭痛　・発熱　・意識障害 ・痙攣　・麻痺　・項部硬直 ・呼吸器症状　・胸部異常陰影　・眼内炎 ・皮疹　・紅斑　・骨病変 ・中枢神経系病変　・真菌血症 ・その他（　　）
５ 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（　　） ・病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜を有する酵母細胞の証明） 検体：髄液・病理組織 その他（　　） ・ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗原の検出 検体：髄液・血液 その他（　　）

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

１１　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　鳥類の糞などとの接触（感染源の種類：　　）

２　免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・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　　）

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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

別記様式５－１８

破　傷　風　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　　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）　・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　症状	・筋肉のこわばり　・開口障害 ・嚥下障害　・発語障害 ・痙笑　・強直性痙攣 ・呼吸困難（痙攣性）　・易興奮性 ・反弓緊張 ・その他（　　）
５　診断方法	・臨床決定（　　）

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

１１　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　針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況：　　）

２　静注薬物常用

３　創傷感染（創傷の部位・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　　）

③破傷風含有ワクチン接種歴（有　・　無　・　不明）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－１９

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

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）　・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　症状	・発熱 ・皮膚感染症　・肺炎　・腸炎　・腹膜炎 ・骨髄炎　・菌血症　・免疫不全 ・その他（　　）
５　診断方法	・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンの MIC 値が 16μｇ/ml 以上 検体：血液・腹水・胸水・髄液・その他（　　） ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンの MIC 値が 16μg/ml 以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・尿・膿・その他（　　）

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

１１　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　経口感染（飲食物の種類・状況：　　）

３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　）

４　針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況：　　）

５　創傷感染（創傷の部位・状況：　　）

６　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　　）

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〇で囲み、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。）

別記様式５－２０

バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届

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）　・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 症 状	・発熱 ・心内膜炎　・腸炎　・腹膜炎 ・尿路感染症　・骨盤内感染症　・髄膜炎 ・菌血症　・免疫不全 ・その他（　　）
５ 診 断 方 法	・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16μg/ml 以上 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（　　） 菌種名：（　　） 耐性遺伝子：*VanA ・ VanB ・ VanC・その他（　）・未実施* ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC 値が16μg/ml 以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・尿・膿 その他（　　） 菌種名：（　　） 耐性遺伝子：*VanA ・ VanB ・ VanC・その他（　）・未実施*

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

１１　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　経口感染（飲食物の種類・状況：　　）

３　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　）

４　針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況：　　）

５　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　　）

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。）

別記様式５－２１

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　　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）　・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 症状	・持続する咳　・夜間の咳き込み　・呼吸苦 ・スタッカート　・ウープ　・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（　　）
５ 診断方法	・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） ・検体からの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 ・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 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

１２　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（　か月）・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（　か月）・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（　か月）・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）

（１，２，４，５,12 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。）

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、風しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いします。

別記様式５－２２

風　し　ん　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　　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）　・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（　）　－			

病　型		13　感染原因・感染経路・感染地域
1）風しん（検査診断例）　2）風しん（臨床診断例）		①感染原因・感染経路（　確定・推定　）
11 症状	・発熱（　月　日出現）　・咳　・鼻汁　・結膜充血 ・発疹（　月　日出現）　・リンパ節腫脹 ・関節痛・関節炎　・血小板減少性紫斑病 ・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします） ・その他（　）	１　飛沫感染（感染源となった風しん患者・状況：　） ２　接触感染（感染源となった風しん患者・物の種類・状況：　） ３　その他（　）
12 診断方法	陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。 （ア）分離・同定による病原体の検出 検体：　咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（　） 検体採取日（　月　日） 結果（　陽性・陰性　） 遺伝子型：（　） （イ）検体から直接のＰＣＲ法による病原体遺伝子の検出 検体：　咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（　） 検体採取日（　月　日） 結果（　陽性・陰性　） 遺伝子型：（　） （ウ）血清ＩｇＭ抗体の検出 検体採取日（　月　日） 結果（　陽性・陰性・判定保留　） 抗体価：（　） （エ）ペア血清での抗体の検出 検体採取日（１回目　月　日　2回目　月　日） 抗体価　（１回目　2回目　）（単位　） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：HI・EIA・ELFA・LTI・CLEIA・LA その他（　） （オ）その他の検査方法（　） 検体（　） 検体採取日（　月　日） 結果（　） （カ）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） ③風しん含有ワクチン接種歴 1回目　有（　歳）・無　・　不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・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（　歳）・無　・　不明 ワクチンの種類（風しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S･H･R　年　月　日・不明） 製造会社/Ｌｏｔ番号（　/　・不明）
		14　初診年月日　令和　年　月　日 15　診断（検案(※)）年月日　令和　年　月　日 16　感染したと推定される年月日　令和　年　月　日 17　発病年月日（＊）　令和　年　月　日 18　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必要と認める事項
		・妊娠の有無(女性のみ) 有（　週）・無・不明

この届出は診断後直ちに行ってください

（病型，１，３，11 から 13,19 欄は該当する番号等を○で囲み、４，５,14 から 18 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。11,12,19 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いします。

別記様式５－２３

麻　し　ん　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　　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）　・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（　　）　－

病　型		13　感染原因・感染経路・感染地域
1)麻しん（検査診断例）　2)麻しん（臨床診断例） 3)修飾麻しん（検査診断例）		①感染原因・感染経路（　確定・推定　） １　飛沫・飛沫核感染（感染源となった麻疹患者・状況： （　　） ２　接触感染（感染源となった麻疹患者・物の種類・状況： （　　） ３　その他（ ）
11 症状	・発熱（　月　日出現）　・咳　・鼻汁　・結膜充血 ・眼脂　・コプリック斑　・発疹（　月　日出現） ・肺炎　・中耳炎　・腸炎　・クループ ・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします）　・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	陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。 （ア）分離・同定による病原体の検出 検体：　咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（　　） 検体採取日（　月　日） 結果（　陽性・陰性　） 遺伝子型：（　） （イ）検体から直接のＰＣＲ法による病原体遺伝子の検出 検体：　咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（　　） 検体採取日（　月　日） 結果（　陽性・陰性　） 遺伝子型：（　） （ウ）血清ＩｇＭ抗体の検出 検体採取日（　月　日） 結果（　陽性・陰性・判定保留　） 抗体価：（　） （エ）ペア血清での抗体の検出 検体採取日（１回目　月　日　２回目　月　日） 抗体価　（１回目　２回目　） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法：EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他（　） （オ）その他の検査方法（　） 検体（　） 検体採取日（　月　日） 結果（　） （カ）臨床決定（　）	③麻しん含有ワクチン接種歴 1 回目　有（　歳）・無 ・ 不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・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（　歳）・無 ・ 不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・不明） 接種年月日（ S･H･R　年　月　日 ・不明） 製造会社/Ｌｏｔ番号（　/　・不明）
		14　初診年月日　令和　年　月　日 15　診断（検案(※)）年月日　令和　年　月　日 16　感染したと推定される年月日　令和　年　月　日 17　発病年月日（＊）　令和　年　月　日 18　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

この届出は診断後直ちに行ってください

（1, 3, 11 から 13 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5,14 から 18 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。）

別記様式５－２４

薬剤耐性アシネトバクター感染症発生届

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）　・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　症状	・尿路感染症　・肺炎　・腸炎　・腹膜炎 ・髄膜炎　・菌血症　・敗血症　・胆嚢炎 ・胆管炎 ・その他（　　）
５　診断方法	・　通常無菌的であるべき検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出及び分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（　　） 菌種名（　　） 上記以外で確認に用いた薬剤名（　　） ・　通常無菌的ではない検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認、並びに分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（　　） 菌種名（　　） 上記以外で確認に用いた薬剤名（　　）
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

１１　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　以前からの保菌（保菌部位：　　）

２　院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況：　　）

３　医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（　　））

４　手術部位感染（手術手技：　　）

５　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　　）

③９０日以内の海外渡航歴（　有　・　無　）

有りの場合

１　渡航先（　　国）

２　海外での医療機関の受診歴（　有　・　無　）

有りの場合

受診した国名（　　国）

入院歴（　有　・　無　）

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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）

別記様式６－１

新型コロナウイルス感染症　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　・咳　・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎像　・重篤な肺炎　・急性呼吸窮迫症候群 ・多臓器不全　・全身倦怠感　・頭痛　・嘔気/嘔吐 ・下痢　・結膜炎　・嗅覚・味覚障害 ・その他（　） ・なし
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、剖検材料、その他（　） 検体採取日（　月　日） 結果（ 陽性・陰性 ） ・検体から核酸増幅法（PCR 法　LAMP 法など）による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、剖検材料、その他（　） 検体採取日（　月　日） 結果（ 陽性・陰性 ） ・病原体の抗原の検出（イムノクロマト法など） 検体：鼻咽頭拭い液 検体採取日（　月　日） 結果（ 陽性・陰性 ）

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）	
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	
・届出時点の入院の有無（有・無） 入院例のみ（入院年月日　令和　年　月　日）	

１３初診年月日	令和	年	月	日
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。）