

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つては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショック</li> <li>・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸窮迫症候群</li> <li>・DIC ・軟部組織炎</li> <li>・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>	11 感染原因・感染経路・感染地域
	<p>5 診断方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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（ ）</li> <li>血清群：A群・B群・C群・G群 その他（ 群）</li> <li>M型/T型別：M（ ）型、T（ ）型</li> <li>・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）</li> </ul>	<p>①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）</p> <p>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ）</p> <p>2 経口感染（飲食物の種類・状況： ）</p> <p>3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ）</p> <p>4 創傷感染（創傷の部位・状況： ）</p> <p>5 その他（ ）</p> <p>②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）</p> <p>1 日本国内（ 都道府県 市区町村）</p> <p>2 国外（ 国 ） 詳細地域（ ）</p>
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○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。）