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。）