

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	・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（ ）	1 1 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) 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）
5	・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	

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。)