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