

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10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

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（7. 確実 Ⅱ. ほぼ確実 Ⅲ. 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) アミロイド型 (2) シタ ⁺ 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 (7. M/M Ⅱ. M/V Ⅲ. V/V) (3) コドン219の多型 (7. E/E Ⅱ. E/K Ⅲ. 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. 臨牀的に頑固な不眠（ 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： ）			

（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）

この届出は診断から7日以内に行ってください