

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	6 症 状	ア. 進行性認知症 (年 月より)
3 診断時の年齢	歳		イ. ミオクローヌス (年 月より)
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(GJD) (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		ウ. 錐体路症状 (年 月より)
5 診 断 方 法	診断の確実度 (7. 確実 イ. ほぼ確実 ウ. 疑い)	エ. 錐体外路症状 (年 月より)	オ. 小脳症状 (年 月より)
	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) シフ型 (3) その他	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： _____)	カ. 視覚異常 (年 月より)
	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 イ. M/V ウ. V/V) (3) コドン 219 の多型 (7. E/E イ. E/K ウ. K/K) (4) その他 (_____)		キ. 無動性無言状態 (年 月より)
	3) 臨床症候		ク. 記憶障害 (年 月より)
	4) 家族歴		ケ. 精神・知能障害 (年 月より)
	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)		コ. 臨床上に頑固な不眠 (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)

（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