

播種性クリプトコックス症発生届

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 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 \_\_\_\_\_  
 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛</li> <li>・痙攣</li> <li>・呼吸器症状</li> <li>・皮疹</li> <li>・中枢神経系病変</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・麻痺</li> <li>・胸部異常陰影</li> <li>・紅斑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意識障害</li> <li>・項部硬直</li> <li>・眼内炎</li> <li>・骨病変</li> <li>・真菌血症</li> </ul>	1 1 感染原因・感染経路・感染地域	
症 状	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） <ul style="list-style-type: none"> <li>1 鳥類の糞などとの接触（感染源の種類： _____）</li> <li>2 免疫不全（基礎疾患や免疫抑制薬剤の種類・状況： _____）</li> <li>3 その他（ _____）</li> </ul>				
5	②感染地域（ 確定 ・ 推定 ） <ul style="list-style-type: none"> <li>1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村）</li> <li>2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____）</li> </ul>				
診断方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ _____）</li> <li>・病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜を有する酵母細胞の証明） 検体：髄液・病理組織 その他（ _____）</li> <li>・ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗原の検出 検体：髄液・血液 その他（ _____）</li> </ul>				
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 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は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 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。)