別記様式２－２

結　核　発　生　届

船 橋 市 長　あて

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　　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)　・無症状病原体保有者　・疑似症患者　・感染症死亡者の死体　・感染症死亡疑い者の死体				
2　当該者氏名	3　性別	4　生年月日	5　診断時の年齢(0歳は月齢)	6　当該者職業
	男 ・ 女	年　月　日	歳(　か月)	
7　当該者住所　　電話(　　)　－				
8　当該者所在地　　電話(　　)　－				
9　保護者氏名	10　保護者住所　(9、10は患者が未成年の場合のみ記入)　電話(　　)　－			

	病　型
	1) 肺結核　2) その他の結核(　　)
11 症状	・せき　・たん　・発熱　・胸痛 ・呼吸困難 ・その他(　　) ・なし
12 診断方法	・塗抹検査による病原体の検出(－　±　1+　2+　3+)又はG　号 検体:喀痰・その他(　　) ・分離・同定による病原体の検出　－　＋(　個)　検査中 検体:喀痰・その他(　　) ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出　－　＋　未実施 検体:喀痰・その他(　　) ・病理検査における特異的所見の確認 検体(　　) 所見(　　) ・ツベルクリン反応検査 (発 赤・硬 結・水 疱・壊 死) ・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験(QFT等)　陽性 ・ 判定保留 ・ 陰性 ・画像所見における所見の確認 学会病型分類　※○で囲む　その他 病側: r　ℓ　b　該当なし 病型: Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ　H　pl　op　O 拡がり: 1　2　3　該当なし ・その他の方法(　　) 検体(　　) 結果(　　) ・臨床決定 (　　)

13　初診年月日	年　月　日
14　診断(検案(※))年月日	年　月　日
15　感染したと推定される年月日	年　月　日
16　発病年月日(＊)	年　月　日
17　死亡年月日(※)	年　月　日

18　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　飛沫核・飛沫感染

感染源の種類・状況

2　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(　　)

詳細地域(　　)

19　その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

1，3，11，12，18欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、13から17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。
11、12欄は、該当するものすべてを記載すること。

この届出は診断後直ちに行ってください。

船橋市保健所健康危機対策課　TEL　047－409－2867
結核感染症係　FAX　047－409－6301