

結核発生届

使保 NESID ID :
用健
欄所

(あて先) 川口市長 (川口市保健所)

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 (以下「感染症法」という) 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。

診断後、直ちに届け出てください

医師の氏名 _____ 報告年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

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(フリガナ)	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() -					
・保険種別: 健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、後期高齢、生保(受給中・申請中)、その他()					
8 当該者所在地					
電話() -					
9 保護者氏名(フリガナ)	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)肺外結核() 3)潜在性結核感染症				18 感染原因・感染経路・感染地域		
11 症状	・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他() ・なし				①感染原因・感染経路(確定・推定)		
12 診断方法	子の検出 病原体・病原体遺伝	・塗抹検査(- ± 1+ 2+ 3+)またはG 号 検体: 喀痰・その他() 採取: 月 日 判定: 月 日				1 飛沫核・飛沫感染(感染源の種類・状況: ())	
		・核酸増幅法 - + 検査中 未実施				2 その他() ()	
		・培養検査 - + 検査中 検体: 喀痰・その他()				②感染地域(確定・推定)	
		・病理検査における特異的所見の確認 月 日採取 検体: () 所見: ()				1 日本国内(都道府県 市区町村)	
		・IGRA(QFT・T-スポット)検査 採血: 月 日 (陽性 判定保留 陰性 判定不可) ・QFT (IU/ml) ・T-スポット (スポット)				2 国外(国 詳細地域)	
		・画像検査における所見の確認 月 日撮影				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	
学会分類	病側	r	l	b	該当なし	その他	
	病型	I	II	III	H		P0
	拡がり	1	2	3	該当なし		
		・ツベルクリン反応検査 月 日判定 × (×) (発赤 硬結 水疱 壊死) ×)				・当該者の同居家族数(人、うち乳幼児 有・無)	
		・その他の方法() 検体() 結果() ・臨床決定()				・その他()	
13 初診年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		(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。)				
14 診断(検案(※))年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日						
15 感染したと推定される年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日						
16 発病年月日(※)	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日						
17 死亡年月日(※)	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日						

結核患者入院届

(入院の場合のみ記入してください)

感染症法第53条の11第1項の規定により、上記患者の入院について、以下のとおり届け出る。

報告日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (発生届の報告日と異なる場合に記入)

入院年月日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 AM・PM ____ 時 (入院・入院予定) (該当するほうに○)

医療機関管理者名: _____