

※結核が疑わしいと診断した場合
疑似症患者ではなく、
患者(確定例)として届出をする
※結核でないことが判明したら
転帰届けを提出する

※結核の種類を記入

※結核に関する症状を記入

※菌検査等の結果が判明
しているもの結果を記入

※13 初診年月日は、
今回の結核を疑った際の
初診日
※14 診断日は、
報告日と同日である事が
望ましい
診断後、保健所に
直ちに報告してください

結核発生届

大分県知事 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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

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)の種類 ・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 | | | |
| 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にのみ記入) _____ 電話() - _____ | | | | | |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| 11 症状 状況 | 1) 肺結核 2) その他の結核 () ・せき ・痰 ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし | 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 市町村) 2 国外(国) 詳細地域() |
| | 12 診断方法 ・塗抹検査による病原体の検出 検体: 喀痰・その他() ・分離・同定による病原体の検出 検体: 喀痰・その他() ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 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・水泡・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ニンγ試験(QFT等) ・画像検査における所見の確認 () ・その他の方法() 検体() 結果() ・臨床決定 () | |
| 13 初診年月日 _____ 平成 年 月 日 | | この届出は診断後直ちに行ってください |
| 14 診断(検案(※))年月日 _____ 平成 年 月 日 | | |
| 15 感染したと推定される年月日 _____ 平成 年 月 日 | | |
| 16 発病年月日(*) _____ 平成 年 月 日 | | |
| 17 死亡年月日(※) _____ 平成 年 月 日 | | |

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 _____

※報告日は診断日が
同日である事が望ましい

※診断した医師の情報

※患者の基礎情報を記入
住所と居住地が異なる場合
当該者所在地に、居住地を
記入

※患者が未成年の場合
保護者の情報を必ず記入

※感染源、感染場所等が
分かっていたら記入

※入院勧告が必要と判断した
理由となるものを記入