

記入例

様式結1-1号

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27年9月11日

医師の氏名 保健所 太郎 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 ○○○○病院

上記病院・診療所の所在地(※:大分県○○市○○○-○○

電話番号(※) (0977) 67- 2511

(※) 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) 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
大分花子 男・女 H7年11月○日 19歳(9ヶ月) 大学生(無職)
7 当該者住所 大分県別府市○○○-○○ 電話(○○○○)○○-○○○○
8 当該者所在地 同上 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)
大分次郎 ○○県○○市○○○-○○ 電話(○○○○)○○-○○○○

11 症状
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(食欲不振・倦怠感)
なし
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(9/11 塗抹蛍光法陽性(G1号))
分離・同定による病原体の検出
検体: 喀痰・その他(検査中)
核酸増幅法による病原体遺伝子の検出
検体: 喀痰・その他(9/11TB-PCR陽性)
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ンγ試験(QFT等) 陽性
画像検査における所見の確認
(CTにて右肺に空洞所見有り)
その他の方法()
検体()
結果()
臨床決定()
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()
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
9/11の喀痰塗抹検査でG1号判明。同日TB-PCR陽性判明、QFT陽性
9/11胸部X線撮影にて右肺に粒状影を指摘
同日胸部CT画像にて空洞所見有り
結核と診断
入院しての治療が必要と考える
13 初診年月日 平成27年9月11日
14 診断(検案(※))年月日 平成27年9月11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27年6月15日
17 死亡年月日(※) 平成 年 月 日

この届出は診断後直ちに行ってください

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。

※記入例は患者が未成年の場合のものです(患者が成人の場合は、保護者の欄は未記入でよいです)(大分県東部保健所 検査課 診療放射線担当 平成27年11月25日作成)