

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5 - 2 3

麻 し ん 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 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 令和 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） ・感染症死亡者の死体					
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	13 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻しん（検査診断例） 2) 麻しん（臨床診断例） 3) 修飾麻しん（検査診断例）	①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源となった麻疹患者・状況： _____） 2 接触感染（感染源となった麻疹患者・物の種類・状況： _____） 3 その他（ _____）
11 症状 ・発熱（月 日出現） ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・眼脂 ・コプリック斑 ・発疹（月 日出現） ・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・脳炎（急性脳炎の届出もお願いします） ・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 _____） ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可）
12 診断方法 <u>陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。</u> (ア) 分離・同定による病原体の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ _____） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日 _____） 結果（陽性・陰性） _____ 遺伝子型：（ _____） (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体： 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他（ _____） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日 _____） 結果（陽性・陰性） _____ 遺伝子型：（ _____） (ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日（ _____ 月 _____ 日 _____） 結果（陽性・陰性・判定保留） _____ 抗体価：（ _____） (エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日（1回目 _____ 月 _____ 日 2回目 _____ 月 _____ 日） 抗体価（1回目 _____ 2回目 _____） 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法： EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他（ _____） (オ) その他の検査方法（ _____） 検体（ _____） 検体採取日（ _____ 月 _____ 日 _____） 結果（ _____） (カ) 臨床決定（ _____）	③麻しん含有ワクチン接種歴 1回目 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明） 2回目 有（ _____ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（ S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日・不明） 製造会社/Lot番号（ _____ / _____ ・不明）
	14 初診年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 15 診断（検案(※)）年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 16 感染したと推定される年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 17 発病年月日（*） _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 18 死亡年月日（※） _____ 令和 _____ 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 _____

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11 から 13 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 14 から 18 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。)

麻しん(はしか)患者情報連絡票

患者様(保護者様)へ

保健所では麻しん(はしか)の感染拡大防止のため、法律に基づき必要に応じて感染源の調査や接触者の方への注意喚起を行います。

このため、発生届では把握できない情報の提供について、ご協力いただきますようお願いいたします。

また、いただいた情報をもとに保健所から本人・保護者、または学校等に対し連絡することがありますので、ご理解ください。併せて、麻しんウイルス遺伝子検査のため検体の提出をお願いいたします。なお、情報は調査以外の目的では使用いたしません。

患者情報について

記入日： 年 月 日

1 氏名(フリガナ)			
2 緊急連絡先	名前： 電話番号：	続柄： ()	
3 同居家族内の麻しんにかかったことがなくワクチンも未接種の人の有無	有(続柄： (続柄：	年齢： 年齢：	歳)・無・不明 歳)
4 所属施設情報 (患者が学生の場合のみ記入)	学校名等		
	学年・クラス・学部等		
	学校等への連絡の有無	連絡済 ・ 連絡予定 ・ 連絡予定なし	
	部活・サークル等の有無	有() ・ 無 ・ 不明	
	最終登校日	年 月 日	

調査への同意について

私は、麻しんの感染拡大防止のために法律に基づいて実施される調査等について、その意義、方法について十分理解しましたので、以下に署名し、患者情報の提供に同意いたします。

本人または保護者の自署 _____

患者様(保護者様)へのお願い

麻しん(はしか)は空気感染により感染するため、感染力が強く、麻しんに対する免疫を持っていない方や免疫が弱い方と接触した場合には、感染が拡大する可能性があります。

症状の出始めの頃から発疹後4~5日までの間に接触のあった周囲(家族や友達など)の方に、次の注意事項についてお伝えくださいますようお願いいたします。

発熱、せき、発疹などの症状が出て麻しんが疑われる場合には、できる限り人との接触を避け、早めに医療機関を受診する。
前もって麻しんの可能性があることを医療機関に伝えてから受診する。

医療機関の方へ

保健所では麻しんの感染拡大防止のために、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15条に基づき、「積極的疫学調査」を行います。

このため、発生届では把握できない上記の情報が必要ですので、本人または保護者に、この患者情報連絡票についてご説明いただき、同意を確認の上で、「麻しん発生届」と併せてFAXにて保健所あて(042-750-3066)に提出をお願いいたします。

医師の氏名	
従事する病院・診療所の名称	
連絡先電話番号	