

結 核 発 生 届

都道府県知事(保健所設置市・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4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 19 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 _____ 病院 _____

上記病院・診療所の所在地() 札幌市 区 _____

電話番号() (011) _____ - _____
(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 ・擬似症患者 ・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	昭和 年 月 日	歳(月)	飲食店店員	
7 当該者住所					
札幌市 区 _____			電話(011) _____ - _____		
8 当該者所在地 病院入院中					
札幌市 区 _____			電話(011) _____ - _____		
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() _____ - _____			

接客業は具体的に記載。
百貨店店員、理容師など

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域	
1) 肺結核 2) その他の結核(結核性胸膜炎)		感染原因・感染経路(確定・推定)	
11 症状	・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他() ・なし	1 飛沫核・飛沫感染(感染源の種類・状況 : 同居者がガフキー 号で排菌陽性	
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試験(QFT等) 陽性/判定保留/陰性 ・画像検査における所見の確認 () ・その他の方法(胸水検査) 検体 : (胸水) 結果 : (胸水リンパ球優位、ADA IU/) ・臨床決定 ()	ガフキー 号又は2+など) 2 その他 () 感染地域(確定・推定) ① 日本国内(北海 都道府県 札幌 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	
		結果についても記載。 月 日に 病院に転院予定。 胸水の情報などはここに記載。	
13	初診年月日	平成 19 年 月 日	
14	診断(検案())年月日	平成 19 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日	平成 18 年 月 日	
16	発病年月日(*)	平成 19 年 月 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。)