

結核発生届

西宮市保健所長 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師の氏名 _____

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院の所在地(※) _____

電話番号(※) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)をした者(死体)の種類 ・ 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	年 月 日	歳(月)		
7 当該者住所 <div style="text-align: right;">電話() -</div>					
8 当該者所在地 <div style="text-align: right;">電話() -</div>					
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		18 感染原因 ・ 感染経路 ・ 感染地域
11 症 状	1) 肺結核 2) その他の結核() ・ 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) 1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況 :
	12 診 断 方 法	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)
・ 塗沫検査による病原体の検出【採取日: / 】 検体 : 喀痰 (G 号) ・ その他() ・ 分離・同定による病原体の検出【採取日: / 】 検体 : 喀痰 ・ その他() ・ 核酸増幅法による病原体遺伝子の検出【採取日: / 】 検体 : 喀痰 ・ その他() ・ 組織標本による特異的所見 検体 : () 所見 : () ・ 画像所見 () ・ その他の方法 () 検体 : () 結果 : () ・ 臨床決定 ()		19 その他感染症のまん延の防止及び該当者の医療のために医師が必要と認める事項
13 初診年月日	年 月 日	
14 診断(検案(※))年月日	年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	年 月 日	
16 発病年月日(※)	年 月 日	
17 死亡年月日(※)	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。)

西宮市保健所 FAX : 0798-33-1174 (まずは、FAXで結構です、原本は後日郵送等で提出してください。)
〒662-0855 西宮市江上町3番26号 保健予防課 ※ おかけ間違いのないようご注意ください。