

風 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つては、その住所・電話番号を記載)

Table with 6 columns: 1 診断(検案)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所.

Main table with columns for 病 型 (1-12) and 13 感染原因・感染経路・感染地域. Includes detailed fields for symptoms, diagnosis methods, and infection details.

この届出は診断後直ちに行ってください

(病型, 1, 3, 11 から 13, 19 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, 19 欄は, 該当するものすべてを記載すること。)

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、風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。