

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

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 1 row: 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

Table with 2 columns: 2 性別 (男・女), 3 診断時の年齢 (0歳は月齢) (歳()か月)

Main form table with columns for symptoms (4), diagnosis method (5), and infection details (11). Includes sections for infection cause/pathway/region (11) and dates (6-10).

この届出は診断から7日以内に行ってください

(1, 2, 4, 5, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 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。

4,5 欄は、該当するものすべてを記載すること。）