

結核発生届

滋賀県知事様

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ます。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 印 (署名または記名押印のこと)

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・電話番号を記載してください。)

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 ・疑似症患者 ・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(ふりがな) 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
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 (9, 10は、患者が未成年の場合のみ記入)

11 症状 12 診断方法 18 感染原因・感染経路・感染地域 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
1) 肺結核 2) 他の結核()
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)
2 その他()
② 感染地域(確定・推定)
1 国内(都道府県 市区町村)
2 国外(国 詳細地域)

この届出は診断後直ちに行ってください

(注意) 1, 3, 11, 12, 18欄は該当する番号を○で囲み、4, 5, 13から17欄は、年齢、年月日を記入してください。
(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入してください。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入してください。
11, 12欄は、該当するものすべてを記載してください。

Table with columns: 保健所記入欄, 受理・入力保健所, 受理年月日, 入力年月日, 発生動向登録番号, 転送先保健所