

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	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) <div style="text-align: right;">電話() -</div>				

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()	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 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
11 症状	・ せき ・ たん ・ 発熱 ・ 胸痛 ・ 呼吸困難 ・ その他 () ・ なし	
12 診断方法	・ 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 ()	
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。)
 〒662-0911 西宮市池田町8番11号 保健予防課 ※ おかけ間違いのないようご注意ください。