

梅毒発生届の入力のお願い

2023年那覇市内の18医療機関から49件の梅毒の届出されており、
これまでで最大でした。

梅毒は全数報告の対象とされており、感染症法で
梅毒患者と診断した医師は届出を7日以内に行わなければならない
ことになっています。

届出は、感染状況の把握のために重要であることから、
届出の入力のお願いをまとめました。

ご協力をお願いします。

那覇市保健所 保健総務課 感染症グループ

主幹医師 大原耕平

2024年5月作成

「梅毒発生届」
記載される際のお願い
(2024年4月)

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10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
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)

報告は診断から7日以内で
お願いします

該当する診断の類型を
○で囲んでください

該当する診断の病型を
○で囲んでください

②HIV感染症合併の有無
「3)不明」の場合は、
後日の保健所等での
検査を勧めてください

症状や所見の有無の
記載をお願いします

診断方法の
記載をお願いします

無症状病原体保有者はカル
ジオリピン抗体検査の抗体
価の記載と16倍相当以上が
必要です

初診日、診断日の
記載をお願いします

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 ・感染症死亡者の死体

2 性別 3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女 歳（ か月）

病 型

① 病型
1) 早期顕症梅毒(7、I期、II期) 2) 晩期顕症梅毒、
3) 先天梅毒、4) 無症候（無症状病原体保有者）
② HIV感染症合併の有無
1) 有 2) 無 3) 不明
4 症 状
・初期硬結（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（ ））
・硬性下疳（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（ ））
・鼠径リンパ節腫脹（無痛性） ・梅毒性バラ疹
・丘疹性梅毒疹 ・扁平コンジローマ
・ゴム腫 ・心血管症状 ・神経症状 ・眼症状
・骨軟骨炎 ・実質性角膜炎 ・感音性難聴
・Hutchinson 歯 ・その他（ ）
・なし

5 診断方法
① 患者（確定例）の場合
・病変からの病原体の検出（染色法、PCR 検査）
・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出
1) カルジオリピンを抗原とする検査
2) *T. pallidum* を抗原とする検査
② 無症状病原体保有者の場合
・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出
1) カルジオリピンを抗原とする検査
（抗体価を記載、16倍相当以上が必要）
結果：（ 倍、R.U.、U又はSU/ml）
2) *T. pallidum* を抗原とする検査
・その他の検査方法（ ）
検体（ ）
結果（ ）

6 初診年月日 令和 年 月 日
7 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日
8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日
9 発病年月日（*） 令和 年 月 日
10 死亡年月日（※） 令和 年 月 日

1 1 感染原因・感染経路・感染地域

① 感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ）
1 性的接触
（A. 性交 B. 経口）
（ア. 同性間 イ. 異性間 ウ. 不明）
（性風俗産業の従事歴（直近6か月以内）
1) 有 2) 無 3) 不明）
（性風俗産業の利用歴（直近6か月以内）
1) 有 2) 無 3) 不明）
2 静注薬物使用
3 母子感染（ア. 胎内・出産時 イ. 母乳）
4 輸血・血液製剤
（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ）
5 その他（ ）
6 不明

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
（国名： ）
詳細地域：
3 不明

③ 過去の治療歴
1) 1年より前 2) 1年以内 3) なし 4) 不明

1 2 感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要
な事項として厚生労働大臣が定める事項

・妊娠の有無
1) 有（ 週） 2) 無 3) 不明

性別、年齢の記載を
お願いします

「性的接触」の確認は
対策のためだけでなく、
治療後の再感染の予防の
ためにも必要です

性風俗産業の従事・利用歴が
「1)有」の場合、性風俗産業
が「店舗型」か「派遣型」の
記載を余白をお願いします

「感染地域」は
公衆衛生的に重要なので、
記載をお願いします

「妊娠の有無」は先天梅毒
の予防のため重要です

記載をご検討ください

- 「無症状」の場合、受診の
きっかけ

- 治療内容（内服・注射）

- パートナーの受診推奨

- 那覇市外に居住の場合は
居住の市町村名

感染症サーベイランスシステムによる梅毒の発生届出の入力方法を紹介します

感染症サーベイランスシステム

HC1

① インターネットから接続中



新規・修正・削除・検索

全数

- [全数報告\(確認\)](#)
- [全数報告\(新規\)](#)
- [全数報告\(自保健所管理分 修正・削除・検索\)](#)
- [全数報告\(他保健所管理分 修正・検索\)](#)
- [全数報告\(一時保存データの入力再開\)](#)
- [全数報告\(一括仮登録\)](#)
- [二重登録チェック](#)

こちらを選択してください

閲覧

全数

- [全数報告\(閲覧\)](#)
- [動物の感染症\(閲覧\)](#)

定点

- [定点報告\(週報閲覧\)](#)
- [定点報告\(月報・疑似症定点閲覧\)](#)
- [定点報告CSVファイル出力](#)

左記は保健所のIDでログインしたときの表示です

発生届 新規登録

類型から選択 50音順から選択

一類			
エボラ出血熱	クリミア・コンゴ出血熱	痘そう	南米出血熱
ペスト	マールブルグ病	ラッサ熱	新型インフルエンザ(A/H1N1)
二類			
急性灰白髄炎	結核	ジフテリア	重症急性呼吸器症候群（SARS）
中東呼吸器症候群(MERS)	鳥インフルエンザ（H5N1）	鳥インフルエンザ（H7N9）	
三類			
コレラ	細菌性赤痢	腸管出血性大腸菌感染症	腸チフス
バラチフス			
四類			
E型肝炎	ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）	A型肝炎	エキノコックス症
エムボックス	黄熱	オウム病	オムスク出血熱
コクシジオイデス症	ジカウイルス感染症	重症熱性血小板減少症候群(SFTS)	腎症候性出血熱（HFRS）
西部ウマ脳炎	ダニ媒介脳炎	炭疽	チクングニア熱
つつが虫病	デング熱	東部ウマ脳炎	鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9を除く)
ニパウイルス感染症	日本紅斑熱	日本脳炎	ハンタウイルス肺症候群（HPS）
Bウイルス病	鼻疽	ブルセラ症	ペネズエラウマ脳炎
ヘンドラウイルス感染症	発しんチフス	ポツリヌス症	マラリア
野兎病	ライム病	リッサウイルス感染症	リフトバレー熱
類鼻疽	レジオネラ症	レプトスピラ症	ロッキー山紅斑熱
五類			
アメーバ赤痢	ウイルス性肝炎	カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	こちらを選択してください
急性脳炎	クリプトスポリジウム症	クロイツフェルト・ヤコブ病	
後天性免疫不全症候群（HIV感染症を含む）	ジアルジア症	侵袭性インフルエンザ菌感染症	
侵袭性肺炎球菌感染症	水痘（入院例）	先天性風しん症候群	
			慢性髄膜炎菌感染症
			梅毒

こちらを選択してください



[戻る\(破棄\)](#)[重複チェック](#)[一時保存](#)[登録](#)[ページ内リンク](#)

診断時の年齢



保健所

保健所

必須

473100: 那覇市

病院 診療所の情報

報告年月日

必須

医師報告日

年 / 月 / 日

保健所受理日

年 / 月 / 日

報告は診断から7日以内に
お願いします



(年 月 日)

マスタから病院を選択

従事する病院・
診療所の名称

医師の氏名

医師・診療所情報

必須

上記病院・診療所の所在地 ※郵便番号は未入力での登録が可能です。

郵便番号

ハイフンは不要

[番号から住所入力](#)

都道府県

沖縄県



患者類型

1 診断(検案)した者(死体)の類型

必須

- ☐ 患者（確定例） ☐ 無症状病原体保有者 ☐ 感染症死亡者の死体

← 類型の入力をお願いします

患者の基本情報

2 性別

必須

- ☐ 男 ☐ 女 ☐ その他 ☐ 不明

3 診断時の年齢(0歳は月齢)

必須

歳 (か月)

← 性別・年齢の入力をお願いします

病型

病型

必須

病型

- ☐ 早期顕症梅毒(Ⅰ、Ⅱ期)
☐ 早期顕症梅毒(Ⅲ、Ⅳ期)
☐ 晩期顕症梅毒
☐ 先天梅毒
☐ 無症候（無症状病原体保有者）

← 病型の選択をお願いします

HIV感染症合併の有無

- ☐ 有
☐ 無
☐ 不明

← 「不明」の場合は、
後日の保健所などでの
検査を勧めてください

4 症状詳細

必須

- ☐ 初期硬結（性器） ☐ 初期硬結（肛門） ☐ 初期硬結（口唇） ☐ 初期硬結（口腔咽頭）
- ☐ 初期硬結（その他）
- ☐ 硬性下疳（性器） ☐ 硬性下疳（肛門） ☐ 硬性下疳（口唇） ☐ 硬性下疳（口腔咽頭）
- ☐ 硬性下疳（その他）
- ☐ 鼠径部リンパ節腫脹（無痛性） ☐ 梅毒性バラ疹 ☐ 丘疹性梅毒疹 ☐ 扁平コンジローマ
- ☐ ゴム腫 ☐ 心血管症状 ☐ 神経症状 ☐ 眼症状 ☐ 骨軟骨炎 ☐ 実質性角膜炎
- ☐ 感音性難聴 ☐ Hutchinson歯
- ☐ その他
- ☐ なし

症状の有無をお願いします

5 診断方法

?

診断方法詳細

必須

- ☐ 患者（確定例）の場合
- ☐ 病変からの病原体の検出（染色法、PCR検査）
 - ☐ 次の(1)、(2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出
 - 1) カルジオリピンを抗原とする検査
 - 2) T.pallidumを抗原とする検査
- ☐ 無症状病原体保有者の場合
- ☐ 次の(1)、(2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出
 - ☐ 1) カルジオリピンを抗原とする検査（抗体価を記載、16倍相当以上が必要）結果：（倍、 R.U., U又はSU/ml）
 - ☐ 2) T.pallidumを抗原とする検査
- ☐ その他の方法
- ☐ 検体
- ☐ 結果

検査結果をお願いします

診断日設定

6 初診年月日

必須

年 / 月 / 日



(年 月 日)

梅毒に関する初診日を入力ください

7 診断(検案)年月日

必須

年 / 月 / 日



(年 月 日)

8 感染したと推定される年月日

年 / 月 / 日



(年 月 日) ☒ 年月日 ☐ 年月 ☐ 年

9 発病年月日

年 / 月 / 日



(年 月 日) ☒ 年月日 ☐ 年月 ☐ 年

10 死亡年月日

年 / 月 / 日



(年 月 日) ☒ 年月日 ☐ 年月 ☐ 年



11 感染原因・感染経路・感染地域

①感染原因・感染経路

必須

☐ 確定 ☐ 推定 ☐ 不明

☐ 性的接触

☐ 性交経口

☐ A. 性交

☐ B. 経口

☐ 異性間同性間

☐ ア. 同性間

☐ イ. 異性間

☐ ウ. 不明

☐ 性風俗産業の従事歴（直近 6 か月以内）

☐ 1. 有

☐ 2. 無

☐ 3. 不明

☐ 性風俗産業の利用歴（直近 6 か月以内）

☐ 1. 有

☐ 2. 無

☐ 3. 不明

「性的接触」の確認は
公衆衛生のためだけでなく
再感染の予防を貴院にて教育
いただくためにも必須です

「不明」の選択を
できるだけ少なくしてください

性風俗産業の従事歴・利用歴の
有無の確認をお願いします

性風俗産業が「店舗型」か「派遣型」か
わかれば「13 備考 医療機関用」欄に
入力ください

11 感染原因・感染経路・感染地域

②感染地域

必須

☐ 確定 ☐ 推定 ☐ 不明

日本国内 1 都道府県

2 都道府県

3 都道府県

国外 1 国名

2 国名

3 国名

☐ 過去の治療歴

☐ 1年より前

☐ 1年以内

☐ なし

☐ 不明

市区町村

市区町村

市区町村

詳細地域

渡航期間 出国日～入国日

国外居住者については、入国日のみの記入で可

詳細地域

渡航期間 出国日～入国日

国外居住者については、入国日のみの記入で可

詳細地域

渡航期間 出国日～入国日

国外居住者については、入国日のみの記入で可

「感染地域」は公衆衛生として
重要なので入力をお願いします

「不明」の選択を少なくしてください

12 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

自由記述

☐ 妊娠の有無(女性のみ)

☐ 有(週)

☐ 無

☐ 不明

感染判明時の妊娠の有無の確認は大切です

13 備考

医療機関用

保健所用

こちらの欄に以下の内容を追加いただくと幸いです

- ・ 性風俗産業の従事歴や利用歴がある場合、「店舗型」か「派遣型」か
- ・ 「無症状」の場合、受診のきっかけや目的
例：感染者もしくは感染疑い者との性行為、妊婦健診、性風俗産業の健診、保健所の検査で陽性であった、情報を聞いて心配になった など
- ・ 治療内容（内服、注射）
例：AMPC 4 週間内服、持続性ペニシリン筋注製剤の注射 など
(上記は「記載例」であり、治療の判断は医療機関でお願いします)
- ・ パートナーの受診推奨
例：パートナーの受診を勧めたが連絡が取れないといわれた など
- ・ 那覇市外に居住の場合、居住している市町村名

梅毒

戻る(破棄)

重複チェック

一時保存

 登録

最後にこちらを押して
登録してください

ページ内リンク 診断時の年齢

(感染症サーベイランスによる入力で紹介は以上です)

- 医療機関の方へ

感染症第15条に基づき、疫学調査のため、保健所から医療機関へ連絡する場合があります。

その際には調査へのご協力をお願いいたします。

梅毒の届出に感染された方が特定される氏名や連絡先の入力はありません。

感染された方への保健所からの連絡はありません。

【まとめ】

- 1) 女性で感染が判明した場合、「妊娠の有無」のご確認をお願いします
- 2) 「11 感染原因・感染経路・感染地域」での「不明」の選択をできるだけ少なくしてください
- 3) 貴院でHIV検査ができない場合、保健所等でHIV検査ができることをご紹介ください
- 4) 「13 備考 医療機関用」の追加入力をご検討ください

今後ともご理解・ご協力をよろしくお願いいたします。