

結 核 発 生 届

報告年月日 年 月 日

沖縄県知事 } 殿
那覇市長 }

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)の規程により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名 _____ 印 (署名又は記名押印のこと)


従事する病院(科)・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)

1 診断(検案)した者(死体)の類型					
1) 患者(確定例) 2) 無症状病原体保有者(潜在性結核感染症) 3) 疑似症患者 4) 感染症死亡者の死体 5) 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(具体的に)	
()	男・女	年 月 日	歳(ヶ月)		
7 当該者住所					
電話() -					
8 当該者所在地					
電話() -					
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)			
		電話() -			

	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()	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() 感染地域 (確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市町村) 2 国外(国名:) 詳細地域:
11	・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他() ・なし	
12	1) 塗抹検査(- ± 1+ 2+ 3+)又はG 号相当 採取日: 月 日 検体: 喀痰・その他()	
	2) 培養検査 - + (個) 検査中 採取日: 月 日 検体: 喀痰・その他()	
	3) 核酸増幅法 - + 未実施 採取日: 月 日 検体: 喀痰・その他()	
	4) 病理検査における特異的所見の確認 検体: 所見:	
13	5) ツベルクリン反応検査(判定日: 年 月 日)	
	_____ x _____ (x) () (二重発赤・水疱・壊死) x	
14	6) リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロン 試験 (QFT・T-SPOT) 月 日実施(陽性・判定保留・陰性)	
	7) 画像検査による所見の確認: X線・CT・その他()  撮影年月日: 年 月 日	
	8) 胸水ADA等、その他の方法() 検体() 結果()	
	9) 臨床決定()	
15	13 初診年月日 年 月 日	(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。)
	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