

急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。） 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 _____

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)

| |
|---------------------|
| 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 |

| | |
|-------|-----------------|
| 2 性別 | 3 診断時の年齢（0歳は月齢） |
| 男 ・ 女 | 歳（ か月） |

| 病 型 | | 1 1 感染原因・感染経路・感染地域 |
|------------------------|---|---|
| 1) 病原体 () 2) 病原体不明 | | ①感染原因・感染経路 (確定・推定) |
| 4 症 状 | ・発熱 ・頭痛 ・嘔吐 ・項部硬直 ・痙攣 ・意識障害 ・髄液細胞数の増加 ・その他 () | 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：) 2 経口感染（飲食物の種類・状況：) 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況：) 4 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 5 その他 () |
| 5 診断方法 | ・意識障害を伴って死亡した者、または意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、次の①②③の少なくとも1つの症状を呈したことを確認 ①38度以上の高熱、 ②何らかの中中枢神経症状、 ③先行感染症状 (熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷等、明らかに感染性とは異なる場合は除外する。) | |
| 6 初診年月日 | 令和 年 月 日 | ②感染地域 (確定 ・ 推定) |
| 7 診断（検案(※)）年月日 | 令和 年 月 日 | 1 日本国内 (都道府県 市区町村) |
| 8 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | 2 国外 (国) |
| 9 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 | 詳細地域 () |
| 10 死亡年月日 (※) | 令和 年 月 日 | |

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。)