

結 核 発 生 届

報告年月日 令和 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)の規定により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名 _____


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					
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()				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()					
診	4) 病理検査における特異的所見の確認 検体: 所見:					
	5) ツベルクリン反応検査(判定日: 年 月 日) $\frac{x}{x}$ (x) () (二重発赤・水疱・壊死)					
方	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 γ 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					
法	8) 胸水ADA等、その他の方法() 検体() 結果()					
	9) 臨床決定()					
13	初診年月日	令和	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	令和	年	月	日	
15	感染したと推定される年月日	令和	年	月	日	
16	発病年月日(*)	令和	年	月	日	
17	死亡年月日(※)	令和	年	月	日	

この届出は診断後直ちに行ってください