

劇症型溶血性レンサ球菌感染症発生届

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)

1 診断（検案）した者（死体）の類型
・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）

4 症 状	・ショック ・肝不全 ・腎不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・DIC ・軟部組織炎 ・全身性紅斑性発疹 ・中枢神経症状 ・その他（ ）	11 感染原因・感染経路・感染地域
	5 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・胸水・腹水・生検組織・手術創・ 壊死軟部組織・その他（ ） 血清群：A群・B群・C群・G群 その他（ 群） M型/T型別：M（ ）型、T（ ）型 ・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

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。）