

結 核 発 生 届

茨城県知事（保健所長） 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 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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）の類型				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑いの死体				
2 当該者氏名	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
	男・女	年 月 日	歳 (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 :)
11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし 	
12 診断方法	遺 病 伝 原 子 体 の 検 出 方 法	2 その他 ()
	・塗抹検査 (-/±/1+/2+/3+) 又はG 号 検体：喀痰・その他 ()	
	・培養検査 - + (個) 検査中 検体：喀痰・その他 ()	
<ul style="list-style-type: none"> ・核酸増幅法 - + 未実施 検体：喀痰・その他 () ・病理検査における特異的所見の確認 検体：() 所見：() ・ツベルクリン反応検査 mm× mm (発赤・硬結・水疱・壊死) ・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グ試験(QFT等) 月 日実施(陽性・判定保留・陰性) ・画像検査における所見の確認 所見：() ・その他の方法 検体：() 結果：() ・臨床決定 () 		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) 詳細地域 ()
13 初診年月日	年 月 日	19 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
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	

(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。)

この届出は診断後直ちに行ってください