

改正後	新旧対照表	現行
<p style="text-align: center;">茨城県感染症発生動向調査事業実施要項</p> <p>第1 趣旨 (略)</p> <p>第2 目的 (略)</p> <p>第3 対象感染症 (略)</p> <p>第4 実施主体 (略) (略)</p> <p>第5 実施体制の整備 (略)</p> <p>第6 事業内容 1～3 (略)</p> <p>4 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症 (1), (2) (略) (3) 調査単位及び実施方法 ア 疑似症定点 (ア) (略) (イ) (2)のアにより選定された定点把握の対象の指定届出機関においては、別に定める報告基準に従い、直ちに疑似症発生状況等を記載する。なお、当該疑似症の届出については、原則として症候群サーベイランスシステムへの入力により実施することとする。</p> <p>イ 保健所 (ア) <u>保健所は、疑似症定点における症候群サーベイランスシステムへの入力を実施することができない場合は、当該疑似症定点から得られた疑似症情報を、直ちに、症候群サーベイランスシステムに入力するものとし、</u>また、対象疑似症についての集団発生その他特記すべき情報がある場合は、保健予防課<u>及び</u>県感染症情報センターに報告する。 (イ) (略)</p> <p>ウ, エ (略)</p> <p>5 オンラインシステムによる積極的疫学調査結果の報告の実施方法 (略)</p> <p>第7 法13条に基づく獣医師の届出 (略)</p> <p>第8 その他 (略)</p> <p>附則 この要項は、平成13年4月1日から施行する。</p>		<p style="text-align: center;">茨城県感染症発生動向調査事業実施要項</p> <p>第1 趣旨 (略)</p> <p>第2 目的 (略)</p> <p>第3 対象感染症 (略)</p> <p>第4 実施主体 (略) (略)</p> <p>第5 実施体制の整備 (略)</p> <p>第6 事業内容 1～3 (略)</p> <p>4 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症 (1), (2) (略) (3) 調査単位及び実施方法 ア 疑似症定点 (ア) (略) (イ) (2)のアにより選定された定点把握の対象の指定届出機関においては、別に定める報告基準に従い、直ちに疑似症発生状況等を記載し、<u>保健所に提出する。</u></p> <p>イ 保健所 (ア) <u>届出を受けた</u>保健所は、当該疑似症定点から得られた疑似症情報を、直ちに、症候群サーベイランスシステムに入力する。また、対象疑似症についての集団発生その他特記すべき情報がある場合は、保健予防課、県感染症情報センター<u>及び中央感染症情報センター</u>に報告する。 (イ) (略)</p> <p>ウ, エ (略)</p> <p>5 オンラインシステムによる積極的疫学調査結果の報告の実施方法 (略)</p> <p>第7 法13条に基づく獣医師の届出 (略)</p> <p>第8 その他 (略)</p> <p>附則 この要項は、平成13年4月1日から施行する。</p>

附則
この要項は、平成 14 年 11 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 20 年 1 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 20 年 5 月 12 日から施行する。

附則
この要項は、平成 23 年 2 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 3 月 4 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 5 月 6 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 10 月 14 日から施行する。

附則
この要項は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 26 年 7 月 26 日から施行する。

附則
この要項は、平成 26 年 9 月 19 日から施行する。

附則
この要項は、平成 27 年 1 月 21 日から施行する。

附則
この要項は、平成 27 年 5 月 21 日から施行する。

付則
この要項は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。ただし、第 3 の 1 の対象感染症の追加に係る改正については、平成 28 年 2 月 15 日から施行する。

附則
この要項は、平成 30 年 1 月 1 日から施行する。
この要項の一部改正は、平成 30 年 3 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 14 年 11 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 20 年 1 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 20 年 5 月 12 日から施行する。

附則
この要項は、平成 23 年 2 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 3 月 4 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 5 月 6 日から施行する。

附則
この要項は、平成 25 年 10 月 14 日から施行する。

附則
この要項は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附則
この要項は、平成 26 年 7 月 26 日から施行する。

附則
この要項は、平成 26 年 9 月 19 日から施行する。

附則
この要項は、平成 27 年 1 月 21 日から施行する。

附則
この要項は、平成 27 年 5 月 21 日から施行する。

付則
この要項は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。ただし、第 3 の 1 の対象感染症の追加に係る改正については、平成 28 年 2 月 15 日から施行する。

附則
この要項は、平成 30 年 1 月 1 日から施行する。

改正後

別記様式
一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票(病原体) 茨城県

患者	性別	(男 ・ 女)	該当するものに○を囲んでください ・インフルエンザ定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感感染症定点 ・基幹定点 ・入院 ・その他()	
	年齢	(歳 ヶ月)		
	氏名或いは番号			
	住所			
[主治医等記入欄]				
医療機関等名及び主治医等医師名 (記載者)				
検体送付日 年 月 日 分離株 (無、有、検査中)				
診断名				
発病日 年 月 日				
入院・外来の別 入院 外来				
検査材料の種類採取日(月日)				
※該当するものを○で囲んでください。				
臨床的事項	臨床症状・徴候等		<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱(最高 ℃) <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 角結膜炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、) <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) その他) <input type="checkbox"/> 下気道炎(肺炎、気管支炎) <input type="checkbox"/> 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 発しん(丘しん、紅斑、バラ疹) <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹(部位) <input type="checkbox"/> 腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹、 <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、 <input type="checkbox"/> 浮腫(部位) 外陰炎、頸管炎) <input type="checkbox"/> ショック症状(低血圧、循環不全) <input type="checkbox"/> 出血傾向※全身性のもの <input type="checkbox"/> その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) ()	
	[その他特記事項]			
	注1) 患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づき一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。			
	注2) 主治医記載については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。			
	注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。			
	注4) 医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、衛生研究所への分離株の送付をお願いします。			
	基礎疾患			
	転帰 経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因) 軽快、治癒、死亡等の月日: 年 月 日			

現行

別記様式
一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票(病原体) 茨城県

患者	性別	(男 ・ 女)	該当するものに○を囲んでください ・インフルエンザ定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感感染症定点 ・基幹定点 ・入院 ・その他()	
	年齢	(歳 ヶ月)		
	氏名或いは番号			
	住所			
[主治医等記入欄]				
医療機関等名及び主治医等医師名 (記載者)				
検体送付日 年 月 日 分離株 (無、有、検査中)				
診断名				
発病日 年 月 日				
検査材料の種類採取日(月日)				
※該当するものを○で囲んでください。				
臨床的事項	臨床症状・徴候等		<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱(最高 ℃) <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 角結膜炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、) <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) その他) <input type="checkbox"/> 下気道炎(肺炎、気管支炎) <input type="checkbox"/> 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 発しん(丘しん、紅斑、バラ疹) <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹(部位) <input type="checkbox"/> 腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹、 <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、 <input type="checkbox"/> 浮腫(部位) 外陰炎、頸管炎) <input type="checkbox"/> ショック症状(低血圧、循環不全) <input type="checkbox"/> 出血傾向※全身性のもの <input type="checkbox"/> その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) ()	
	[その他特記事項]			
	注1) 患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づき一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。			
	注2) 主治医記載については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。			
	注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。			
	注4) 医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、衛生研究所への分離株の送付をお願いします。			
	基礎疾患			
	転帰 経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因) 軽快、治癒、死亡等の月日: 年 月 日			