

結核[東京都版]

別記様式 10

結核発生届

東京都知事 (保健所) 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 (同条特別区長 (保健所) 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。保健所政令市長 (保健所) 殿 報告年月日 平成31年 3月 6日

この届出は診断後直ちに行ってください

忘れずにご記載ください。

医師の氏名 府中 花子 印 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院(科)・診療所の名称 〇〇診療所

上記病院・診療所の所在地(※) 府中市宮西町1-26-1

電話番号(※) (042) 362 - 2334
(※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)

必要時、発生届を受理した保健所から、医師へ問い合わせを行います。

死亡後の診断や潜在性結核感染症も届出の対象になります。

1 診断(検案)した者(死体)の類型					
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)	
(<u>たま いちろう</u>) <u>多摩 一郎</u>	男	昭和53年 6月 〇日	40 歳 (〇 月)	会社員(営業職)	
7 当該者住所					
<u>府中市〇〇町1-2-3</u> <u>〇〇マンション201</u> 電話 (<u>090</u>) <u>*****</u> - <u>*****</u>					
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 () -		

患者さんに、保健所から連絡をすることをお伝えください!

職業は、公衆衛生上、重要な情報です。できるだけ具体的にご記載ください。

参考:【デインジャーグループ】
万一発病した場合、多くの人々に感染させる恐れが高い職業(教職員、保健・医療従事者、社会福祉施設などの職員、塾などの職員等)



必ず記載して下さい!

11 症状		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)	
・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難		① 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況)	
・その他 (<u>体重減少</u>)		① <u>A国で同僚が咳をしていた。</u>	
・なし		2 その他 ()	
12 診断方法		② 感染地域 (確定 推定)	
1) 塗抹検査 (- ± 1+ 2+ 3+) 又はG 号		1 日本国内 (都道府県 市町村)	
検体 <u>喀痰</u> その他 ()		② 国外 (<u>A国</u> 国)	
2) 培養検査 - + (個) <u>検査中</u>		詳細地域 <u>単身赴任で半年前まで滞在 (約1年間)</u>	
検体 <u>喀痰</u> その他 ()			
3) 核酸増幅法 - <u>+</u> 未実施		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	
検体 <u>喀痰</u> その他 ()		1) 診断時の入院在宅の別	
4) 病理検査における特異的所見の確認		入院(予定)日: <u>3月6日</u> ・ 在宅	
検体: ()		(医療機関名: <u>〇〇総合病院</u>)	
所見: ()		本日、 <u>〇〇総合病院</u> に入院予定	
5) ツベルクリン反応検査 月 日判定		2) 当該者の同居者数	
x (x) (発赤・硬結・水疱・壊死)		<u>3人(うち乳幼児(有)・無)・単身</u>	
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 月 日実施(陽性・判定保留・陰性)		3) その他	
7) 画像検査における所見の確認		妻と子ども2人(小学生・3歳)あり。子どもは、BCGは接種している。	
学会分類 ※〇で囲む。 その他			
病側 r l b 該当なし			
病型 I II III IV V H P/Q Op O			
拡がり 1 2 3 該当なし			
8) その他の方法 ()			
検体 ()			
結果 ()			
9) 臨床決定 ()			
13 初診年月日 平成 31年 3月 4日		(1, 3, 11, 12, 18欄は該当する番号等を〇で囲み、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 平成 31年 3月 6日			
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日			
16 発病年月日(*) 平成 年 月 日			
17 死亡年月日(※) 平成 年 月 日			

あてはまる症状全てに〇をしてください。

診断の根拠となったもの全てに〇をしてください。画像所見も必ずご記載ください。

画像検査所見(エックス線)の学会分類はこちらを参照!

一般社団法人 日本結核病学会ホームページ
<https://www.kekkaku.gr.jp/books/pdf/kanmatu.pdf>

忘れずにご記載ください。

確定でない場合は「推定」で構いません。具体的に記載してください。

接触者の調査に重要な情報です。乳幼児の有無など、分かる範囲でご記載ください。

保健所はこのような対応をしています。

- ・ 病型や菌検査情報等に基づき、感染性の評価を行います。
- ・ 喀痰塗抹検査で結核菌が陽性の場合、または感染性の評価を踏まえ、感染症法に基づく入院勧告を行います。
- ・ 患者・家族、関係者に調査を行い、必要時には接触者健診や感染源探索のための検査を実施します。