

# 腸管出血性大腸菌感染症[東京都版]

別記様式 28

## 腸管出血性大腸菌感染症発生届

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 平成31年3月6日

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・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)

1 診断（検査）した者（死体）の種類					
<input checked="" type="checkbox"/> 患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳は月齢)	6 当該者職業	
多摩 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	平成20年 7月 〇日	10 歳 ( か月)	小学生(〇〇小4年)	
7 当該者住所					
電話 ( ) -					
8 当該者所在地					
府中市〇〇〇1-2-3 マンション〇〇102 電話 (042) ***-****					
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)			
多摩 太郎		同上		電話 (090) ****-**** (母 保子)	
11 症 状			18 感染原因・感染経路・感染地域		
<input checked="" type="checkbox"/> 腹痛 <input checked="" type="checkbox"/> 水様性下痢 <input checked="" type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 溶血性貧血 <input type="checkbox"/> 急性腎不全 <input type="checkbox"/> 溶血性尿毒症候群(HUS) <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 脳症 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし			①感染原因・感染経路 ( 確定 <input checked="" type="checkbox"/> 推定 ) 1 経口感染 (飲食物の種類・状況: 2/24に家族で焼肉店利用。母・弟も同症状。 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況: ) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況: ) 4 その他 ( )		
12 診断方法			②感染地域 ( 確定 <input type="checkbox"/> 推定 )		
・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるペロ毒素の確認 ①毒素産生 ②PCR法等による毒素遺伝子 検体: <input checked="" type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> その他 ( ) O血清群: O(157)・不明 H血清群: H( )・不明 ペロ毒素: VT1VT2 <input checked="" type="checkbox"/> VT1・VT2・VT(型不明) ・便でのペロ毒素の検出 (HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ペロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る) ・その他の方法 ( ) 検体 ( ) 結果 ( )			1 日本国内 (東京 都道府県 〇〇 市区町村) 2 国外 ( 国 ) 詳細地域 ( )		
13 初診年月日			平成31年 3月 1日		
14 診断（検査）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31年 2月 24日		
16 発病年月日 (*)			平成31年 2月 28日		
17 死亡年月日 (※)			平成 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					

(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、死亡者を検査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。)

以下の項目は、海外由来感染症の迅速な対応に役立てるため、感染症法第15条に基づく積極的疫学調査の一環として情報提供を求めるものです。患者の協力が得られた場合には御記入願います。  
 ア. 直近30日以内の海外滞在歴:  無  有 (国名: )  
 イ. 日本国内での滞在期間: 長期滞在、一時滞在 (帰国予定 年 月 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。

無症状病原体保有者や死亡後の診断も届出の対象になります。

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!

患者が未成年の場合、保護者氏名や連絡先をご記載ください。

あてはまる症状全てに○をしてください。

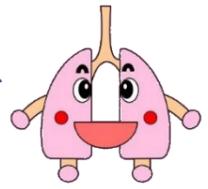
便などの検体から病原体が検出され、かつペロ毒素が確認された場合、血清群(例: O-157、O-26など)を記載してください。ペロ毒素型はあてはまるものに○をしてください。

忘れずにご記載ください。

患者さんのご協力が得られたら、海外滞在歴の有無、外国人旅行者の場合は、日本での滞在期間についてもご記載ください。

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。  
 (特定の職業に就業制限を通知する場合があります。(感染症法第18条)  
 ※ 飲食物の製造、販売、調製又は取扱いの際に飲食物に直接接触する業務等

菌が陰性化するまで、飲食物に直接かかわる業務は控える必要があるんだね!



・ 経口感染が疑われる場合には、**飲食物の種類・状況**  
 ・ 接触感染が疑われる場合には、**接触した人・物など**についてご記載ください。  
 (確定できない場合は、「推定」に○をしてください)

保健所はこのような対応をしています。

- ・ 感染源の探索として、患者がどのような経路で感染したのか、調査を行います。
- ・ 二次感染防止のため、同居家族・同一喫食者などに、健康診断勧告を行います。
- ・ 対象者に検便を実施し病原体を保有していないことの確認を行います。
- ・ 患者が使用したトイレや水回りの消毒などを行うよう通知をする場合があります。