

ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）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 令和 年 月 日
印

医師の氏名 _____
(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）の種類
・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）

病 型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) B型、2) C型、3) D型、 4) その他()、5) 不明	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： _____） 2 静注薬物常用 3 輸血・血液製剤（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： _____） 4 性的接触（A.性交 B.経口）（ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） 5 母子感染（ア.胎内 イ.出産時 ウ.母乳） 6 その他（ _____）
4 症 状 ・全身倦怠感 ・嘔吐 ・褐色尿 ・発熱 ・肝機能異常 ・黄疸 ・劇症肝炎 ・その他（ _____）	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 _____）
5 診 断 方 法 1) B型肝炎 ・血清でのIgM HBc抗体の検出 （明らかなキャリアからの急性増悪は含まない） ・遺伝子型：A型・B型・C型・その他（ ）・未実施 2) C型肝炎 ・血清での抗体陰性、かつHCV RNA又はHCVコア抗原の検出 ・ペア血清での抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・遺伝子型：1型・2型・その他（ ）・未実施 3) その他の方法（ _____） 検体（ _____） 結果（ _____）	③B型肝炎ワクチン接種歴（有 ・ 無 ・ 不明）
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。)