別記様式２－２

記入例

結　核　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　６年　１０月　４日

医師の氏名　保健　所子
従事する病院・診療所の名称　Ａ病院
上記病院・診療所の所在地（※）　鹿児島市□□4 丁目 5-6
電話番号（※）　（　０９９　）　△△△　－　××××

（※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(0 歳は月齢)	６　当該者職業
鹿児島　市郎	男・女	昭和 43 年　8 月　2 日	56 歳（　か月）	タクシー運転手
７　当該者住所　鹿児島市〇〇〇1 丁目２－３ 電話（〇〇〇）〇〇〇－□□□□				
８　当該者所在地　（通院の場合）同上 （入院の場合）鹿児島市□□４丁目５－６　Ａ病院 電話（〇〇〇）△△△－××××　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
	１）肺結核　２）その他の結核（　結核性胸膜炎　）
11 症状	・せき　・たん　・発熱　・胸痛 ・呼吸困難 ・その他（　体重減少　） ・なし
12 診断方法	・塗抹検査による病原体の検出 検体：喀痰・その他（10/3　蛍光法　ガフキー3 号） ・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・その他（　） ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・その他（10/3　Tb-PCR 陽性　） ・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 （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γ試験（　） ・画像検査における所見の確認 （　10/3　胸部 CT:右上葉空洞影 右胸水貯留　） ・その他の方法（　10/4　胸腔穿刺　） 検体（　10/4　胸水　） 結果（　10/4　ADA　80.3IU/L　） ・臨床決定 （　）

１３初診年月日	令和　6 年　9 月　26 日
１４診断（検案（※））年月日	令和　6 年 10 月　4 日
１５感染したと推定される年月日	令和　年　月　不詳日
１６発病年月日（＊）	令和　6 年　9 月　初旬日
１７死亡年月日（※）	令和　年　月　日

１８　感染原因・感染経路・感染地域

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：　）

２　その他（　不明　）

②　感染地域（　確定・推定　）
１　日本国内（鹿児島　都道府県　鹿児島　市区町村）
２　国外（　国）
詳細地域　）

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

9 月初旬から軽度の咳。
10 月 3 日の胸部 CT で空洞所見あり、喀痰塗抹でガフキー3 号。
10 月 4 日に喀痰の Tb-PCR が判明したため結核と診断。
空洞があり、排菌もしているため、入院適応がある。
妻と高校生の子供の 3 人暮らし。勤務中はマスク着用。

この届出は診断後直ちに行ってください

（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。）