別記様式５－１３

侵 襲 性 肺 炎 球 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　令和　　年　　月　　日

医師の氏名

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）の類型
・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）

４ 症 状	・頭痛　・発熱　・咳 ・全身倦怠感　・嘔吐　・痙攣 ・意識障害　・項部硬直　・大泉門膨隆 ・髄膜炎　・肺炎　・中耳炎 ・菌血症　・その他（　　）
５ 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液・その他（　　） 血清型：未実施・（　　）型 ・検体からの直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液・その他（　　） 血清型：未実施・（　　）型 ・病原体抗原の検出 検査法（ラテックス法・イムノクロマト法） ・その他の検査方法（　　） 検体（　　） 結果（　　）

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

１１　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・飛沫核感染（感染源の種類・状況：　　）

２　接触感染（接触した人・物の種類・状況：　　）

３　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　　）

③肺炎球菌ワクチン接種歴

１回目　有（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・不明）

接種年月日（ S･H･R　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

２回目　有（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・不明）

接種年月日（ S･H･R　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

３回目　有（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・不明）

接種年月日（ S･H･R　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

４回目　有（　　歳）・無・不明

ワクチンの種類（　（　　）価結合型・２３価多糖体・不明）

接種年月日（ S･H･R　　年　　月　　日　・不明）

製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）

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〇で囲み、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。）