

- 麻しんについては、診断を行った医師は7日以内に届出をしていただくこととなっておりますが、麻しんに対するより迅速な行政対応に資するため、麻しんを診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。
- 臨床診断例については、届出後であっても可能な限り検査診断を実施し、その結果について最寄りの保健所に報告していただくようお願いいたします。

別記様式5-14-3

## 麻 し ん 発 生 届

東京都知事 (保健所)  
 特別区長 (保健所)  
 八王子市長 (八王子市保健所)

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 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 (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つては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)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 男・女	3 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳( ) 月( ) 日( )	
<b>病 型</b>		<b>1 1 感染原因・感染経路・感染地域</b>	
1) 麻しん(検査診断例)    2) 麻しん(臨床診断例) 3) 修飾麻しん(検査診断例)		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 麻しん含有ワクチン接種歴 1 回目 有 ( _____ 歳 )・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日・不明 ) 製造会社/Lot番号 ( _____ / _____ ) 2 回目 有 ( _____ 歳 )・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日・不明 ) 製造会社/Lot番号 ( _____ / _____ )	
4	・発熱    ・咳    ・鼻汁    ・結膜充血    ・眼脂 ・コプリック斑    ・発疹    ・肺炎    ・中耳炎 ・腸炎    ・クループ    ・脳炎    ・その他 ( _____ )		(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。4, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。)
症状	入院の有無: 無、有(入院日: _____ 月 _____ 日)		
5	・分離同定による病原体の検出 検体: 咽頭拭い液・血液・髄液・その他 ( _____ ) 遺 伝 子 型 : _____ ( _____ )		
診断方法	・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 咽頭拭い液・血液・髄液・その他 ( _____ ) 遺 伝 子 型 : _____ ( _____ )		
	・血清IgM抗体の検出 ・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 検査方法: EIA・HI・NT・PA・その他 ( _____ ) ・その他 の 検 査 方 法 ( _____ )		
	検体 ( _____ )		
	結果 ( _____ )		
	臨床決定 ( _____ )		
6	初診年月日		
7	診断(検査(※))年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
8	感染したと推定される年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
9	発病年月日(*)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
10	死亡年月日(※)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

### 診断した医師の方へのお願い

1. 集団感染のおそれがある場合には、感染拡大防止指導を実施いたします。このため、以下の情報提供をお願い致します。

(1) 集団感染を起こしやすい要因

- ア. 集団生活: 無、有(園児・小・中・高・大・その他の学生、施設入所者、その他( \_\_\_\_\_ ))
- イ. 集団に接する職業: 無、有(保育士、教師、施設職員、医療従事者、その他( \_\_\_\_\_ ))
- ウ. 集団に接する機会: 無、有(施設での実習、ボランティア活動、その他( \_\_\_\_\_ ))

(2) 患者の住所: ( \_\_\_\_\_ ) 区・市・町・村

2. 集団感染のおそれがある場合には、感染症法第15条により、積極的疫学調査(患者個人情報を含む)を実施致します(この場合、医師の守秘義務は解除されます)。しかし、迅速な集団感染防止対策のため、保健所の調査前であっても、患者(又は保護者)の同意が得られた場合には、裏面調査票により情報提供をお願い致します。

保健所への個人情報等の提供に関する患者(あるいは保護者)の同意(有・無)

※ 下記の個人情報等については、患者（あるいは保護者）の同意が取れた場合に、情報提供をお願い致します。  
質問については、可能な範囲でご記入ください。

### 保健所における麻しん対応調査票

患者氏名	
患者住所・電話番号	・( )
所属名（学校、勤務先等）・連絡先（学校、勤務先）	・( )
同居している家族の構成	

質問1 診断前までに以下の症状がありましたか。該当する項目を○で囲んでください。また、症状があった場合には詳しく教えてください。

- 1) 37.5℃以上の発熱：無、不明、有（期間： 月 日～ 月 日）
- 2) 発疹：無、不明、有（頭部、顔、体、手足、その他（ ））、期間 月 日～ 月 日）
- 3) 咳：無、不明、有（ 月 日～ 月 日）
- 4) 鼻水：無、不明、有（ 月 日～ 月 日）
- 5) 目の充血：無、不明、有（ 月 日～ 月 日）

質問2 患者のご家族についてお聞きします。

- 1) 患者家族で今回、麻しんに罹患した人はいますか。無、有（患者との関係： 、年齢： 歳）
- 2) 患者家族で麻しんに未罹患かつワクチン未接種の人はいますか。  
無、有（患者との関係： 、年齢： 歳）

質問3 感染の機会に係わる生活状況についてお聞きします。発熱初日の2週間前から解熱3日後までの期間についてお答えください。

- 1) 最終登園・登校・出勤日：（ 月 日）
- 2) 人が多く集まる所（クラブ、習い事、イベント等）の参加：無、有（場所： 時期： ）