

日 本 脳 炎 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 10 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） ・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(0 歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
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 () -		

11 症 状	・発熱 ・嘔吐 ・意識障害 ・痙攣 ・脳神経麻痺 ・運動失調 ・その他 () ・なし	・頭痛 ・項部硬直 ・易興奮性 ・筋硬直 ・不随意運動
	18 感染原因・感染経路・感染地域	
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・髄液・その他 () ・IgM 抗体の検出 検体：血清・髄液・その他 () ・ペア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・ペア血清での補体結合抗体の検出 結果：抗体陽転 ・ 抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況) 2 輸血・血液製剤 (輸血・血液製剤の種類・使用年月・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日本脳炎ワクチン接種歴 1 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S ・ H 年 月 日 ・ 不明) 2 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S ・ H 年 月 日 ・ 不明) 3 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S ・ H 年 月 日 ・ 不明) 4 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 接種年月日 (S ・ H 年 月 日 ・ 不明)
	13 初診年月日	令和 年 月 日
14 診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	
16 発病年月日 (※)	令和 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	令和 年 月 日	

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○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。)