

梅毒発生届

都道府県知事（保健所設置市長） 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つては、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	
2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）
病 型	
① 病型	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 早期顕症梅毒(7、I 期 I、II 期) 2) 晩期顕症梅毒、 3) 先天梅毒、4) 無症候（無症状病原体保有者）	① 感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ）
② HIV 感染症合併の有無	1 性的接触
1) 有 2) 無 3) 不明	(A. 性交 B. 経口)
4 症 状	(ア. 同性間 イ. 異性間 ウ. 不明)
	(性風俗産業の従事歴（直近 6 か月以内）
	1) 有 2) 無 3) 不明
	(性風俗産業の利用歴（直近 6 か月以内）
	1) 有 2) 無 3) 不明
・初期硬結（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（ ））	2 静注薬物使用
・硬性下疳（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（ ））	3 母子感染（ア. 胎内・出産時 イ. 母乳）
・鼠径リンパ節腫脹（無痛性） ・梅毒性バラ疹	4 輸血・血液製剤
・丘疹性梅毒疹 ・扁平コンジローマ	(輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：)
・ゴム腫 ・心血管症状 ・神経症状 ・眼症状	5 その他（ ）
・骨軟骨炎 ・実質性角膜炎 ・感音性難聴	6 不明
・Hutchinson 歯 ・その他（ ）	② 感染地域（ 確定 ・ 推定 ）
・なし	1 日本国内（ 都道府県 市区町村）
5 診 断 方 法	2 国外
	(国名：)
	詳細地域：)
	3 不明
	③ 過去の治療歴
① 患者（確定例）の場合	1) 1 年より前 2) 1 年以内 3) なし 4) 不明
・病変からの病原体の検出（染色法、PCR 検査）	1 2 感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要
・次の 1)、2) の両方の抗体検査による血清抗体の検出	な事項として厚生労働大臣が定める事項
1) カルジオリピンを抗原とする検査	・ 妊娠の有無
2) T. pallidum を抗原とする検査	1) 有（ 週） 2) 無 3) 不明
② 無症状病原体保有者の場合	
・次の 1)、2) の両方の抗体検査による血清抗体の検出	
1) カルジオリピンを抗原とする検査	
(抗体価を記載、16 倍相当以上が必要)	
結果：(倍、R.U., U 又は SU/ml)	
2) T. pallidum を抗原とする検査	
・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	

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, 12 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。)

次項に長崎県独自の調査票があります。

県内の梅毒の発生動向を把握し対策に活用するため、感染症法第 15 条に基づく積極的疫学調査の一環として情報提供にご協力をお願いします。患者の協力が得られた場合に可能な限りご記入願います。(同意書の取得は不要)

記載の協力について（ 有 ・ 無 ） ※無の場合は調査票の提出不要

梅毒 調査票（長崎県）

届出医療機関		届出日	年 月 日
--------	--	-----	-------

患者情報	居住地
	1. 県内（市町名： ） 2. 県外（都道府県名： ） 3. 国外（国名： ） 4. 不明
	国籍
	1. 日本 2. 国外（国名： ） 3. 不明
	職業
	1. 有職 2. 学生 3. 無職 4. その他（ ） 5. 不明

診療・検査情報	受診（検査）理由 ※複数選択可
	1. 有症状 2. 職場等の健診で陽性 3. 妊婦健診で陽性 4. 術前検査で陽性 5. 保健所の検査で陽性 6. 梅毒陽性者（または感染の疑いがある者）との性行為 7. 感染の不安 8. その他（ ） 9. 不明
	性感染症の罹患歴 ※複数選択可
	1. なし 2. 性器クラミジア感染症（咽頭病変も含む） 3. 性器ヘルペスウイルス感染症 4. 淋菌感染症 5. 尖圭コンジローマ 6. B型肝炎 7. その他（ ） 8. 不明

パートナーに関する情報	性的接触のあった相手 ※複数選択可
	1. 特定のパートナー（配偶者や恋人） 2. パートナー以外の特定の相手 3. 性風俗産業従事者 4. 性風俗産業利用者 5. マッチングアプリ、SNS で知り合ったその場限りの相手 6. マッチングアプリ、SNS 以外で知り合ったその場限りの相手 7. 不特定多数の相手 8. その他（ ） 9. 不明

備考	保健所への連絡事項等

お願い

- ・個人が特定される情報の記載はお控えください。
- ・本調査票は、保健所に発生届を提出する際に添付してください。