

(案)

保健所コード	西 暦	I D
□□□□	□□□□	□□□□□□

先天性風疹症候群発生届

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
（自署または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 _____

上記施設の住所・電話番号* _____ （電話 _____）

（* 所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1 性 別	男 ・ 女
2 診断時の年齢	歳
3 病 名	先天性風疹症候群
4 診 断 方 法	1) 病 原 検 査 (検体) (方法)
	2) 血清学的検査 (検体) (方法)
	3) 臨 床 決 定
	4) そ の 他 ()
<small>（該当するもの全てに記載すること）</small>	

5	1) 有	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>
	2) 無	
6	発 病	年 月 日 平成 年 月 日
7	初 診	年 月 日 平成 年 月 日
8	診 断 (検 案)	年 月 日 平成 年 月 日
9	感染したと推定される年月日	昭和・平成 年 月 日
10	死 亡	年 月 日 平成 年 月 日

この届出は診断から7日以内に行ってください

11・12 推定される感染地域・感染原因・感染経路	
<ul style="list-style-type: none"> ・最近数年間の主な居住地 1) 日本国内 2) その他() 3) 不明 ・推定される感染地域 1) 日本国内 2) その他() 3) 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・母親の妊娠中の風疹罹患歴 1)あり 2)なし ・母親の風疹抗体価と測定時期 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 50px; margin: 5px 0;"></div> ・母親の風疹予防接種歴 1)あり 2)なし

（1,3,4,5,11・12欄は該当する番号等を で囲み、2,6,7,8,9,10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）