

(案)

後天性免疫不全症候群発生届 (HIV感染症を含む)

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 所属する病院・診療所等施設名 上記施設の住所・電話番号*

1 性別 2 診断時の年齢 3 病名 4-1 診断方法 5 診断時の症状 6 発病年月日 7 初診年月日 8 診断(検案)年月日 9 感染したと推定される年月日 10 死亡年月日

4-2 AIDSと診断した指標疾患(該当する全てに) 1) カンジダ症 2) クリプトコッカス症 3) コクシジオイデス症 4) ヒストプラズマ症 5) カリニ肺炎 6) トキソプラズマ脳症 7) クリプトスポリジウム症 8) イソスポラ症 9) 化膿性細菌感染症 10) サルモネラ菌血症 11) 活動性結核 12) 非定型抗酸菌症 13) サイトメガロウイルス感染症 14) 単純ヘルペスウイルス感染症 15) 進行性多巣性白質脳症 16) カポジ肉腫 17) 原発性脳リンパ腫 18) 非ホジキンリンパ腫 19) 浸潤性子宮頸癌 20) 反復性肺炎 21) リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成 22) HIV脳症 23) HIV消耗性症候群

11・12 推定される感染地域・感染原因・感染経路 最近数年間の主な居住地 推定される感染地域 国籍 推定される感染経路等

この届出は診断から7日以内に行ってください