

(案)

保健所コード	西 暦	I D
□□□□	□□□□	□□□□□□

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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		5	診 断 時 の 症 状	1) 有 〔 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 10%;">ア. 進行性痴呆</td><td style="width: 10%;">(</td><td style="width: 10%;">年</td><td style="width: 10%;">月</td><td style="width: 10%;">より</td><td style="width: 10%;">)</td></tr> <tr><td>イ. 記憶障害</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>ウ. 精神・知能障害</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>エ. 臨床的に頑固な不眠</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>オ. 視覚異常</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>カ. 錯感覚、異常感覚</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>キ. 錐体路症状</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>ク. 痙性対麻痺</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>ケ. 錐体外路症状</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>コ. 筋強剛</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>サ. 小脳症状</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>シ. ミオクローヌス</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>ス. 無動性無言状態</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>セ. 脳波検査でPSDあり</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> <tr><td>ソ. その他()</td><td>(</td><td>年</td><td>月</td><td>より</td><td>)</td></tr> </table> 〕	ア. 進行性痴呆	(年	月	より)	イ. 記憶障害	(年	月	より)	ウ. 精神・知能障害	(年	月	より)	エ. 臨床的に頑固な不眠	(年	月	より)	オ. 視覚異常	(年	月	より)	カ. 錯感覚、異常感覚	(年	月	より)	キ. 錐体路症状	(年	月	より)	ク. 痙性対麻痺	(年	月	より)	ケ. 錐体外路症状	(年	月	より)	コ. 筋強剛	(年	月	より)	サ. 小脳症状	(年	月	より)	シ. ミオクローヌス	(年	月	より)	ス. 無動性無言状態	(年	月	より)	セ. 脳波検査でPSDあり	(年	月	より)	ソ. その他()	(年	月	より)
ア. 進行性痴呆	(年	月	より)																																																																																						
イ. 記憶障害	(年	月	より)																																																																																										
ウ. 精神・知能障害	(年	月	より)																																																																																										
エ. 臨床的に頑固な不眠	(年	月	より)																																																																																										
オ. 視覚異常	(年	月	より)																																																																																										
カ. 錯感覚、異常感覚	(年	月	より)																																																																																										
キ. 錐体路症状	(年	月	より)																																																																																										
ク. 痙性対麻痺	(年	月	より)																																																																																										
ケ. 錐体外路症状	(年	月	より)																																																																																										
コ. 筋強剛	(年	月	より)																																																																																										
サ. 小脳症状	(年	月	より)																																																																																										
シ. ミオクローヌス	(年	月	より)																																																																																										
ス. 無動性無言状態	(年	月	より)																																																																																										
セ. 脳波検査でPSDあり	(年	月	より)																																																																																										
ソ. その他()	(年	月	より)																																																																																										
2 診断時の年齢	歳																																																																																														
3 病 名	クロイツフェルト・ヤコブ病 1)孤発性CJD 2)家族性CJD 3)新変異型CJD 4)GSS 5)FFI (ア. 確実 イ. ほぼ確実 ウ. 疑い)																																																																																														
	4 診 断 方 法	1) 病原検査(異常 ^o リオンたん白の検出) 部位 (1)脳 (2)扁桃 (3)その他 方法 (1)Western Blot法 (2)免疫染色法 型(免疫染色法による) (1)アミロイド斑型 (2)シナプス型 2)プリオンたん白遺伝子検査 (1)コドン()の異常 (2)コドン129の多型 (ア. M/M イ. M/V ウ. V/V) (3)コドン219の多型 (ア. E/E イ. E/K ウ. K/K) (4)その他() 3) 臨 床 決 定 4) そ の 他 () (該当するもの全てに記載すること)																																																																																													
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 査) 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 <ul style="list-style-type: none"> 1) 日本国内 2) その他() 3) 不明 ・推定される感染地域 <ul style="list-style-type: none"> 1) 日本国内 2) その他() 3) 不明 ・同疾患または同様の症状の者 <ul style="list-style-type: none"> 1) 家族にいる 2) 同じ職場等にいる 3) その他() 4) いない 	<ul style="list-style-type: none"> ・推定される感染経路等 <ul style="list-style-type: none"> 1) ヒト乾燥硬膜 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤 3) 角膜移植 4) 手術等観血的処置 (種類) 5) 輸血等 6) その他() 7) 不明

(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)