

# ジカウイルス感染症発生届

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 6 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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）

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・日齢） | 6 当該者職業 |  |
|   | 男・女                          | 年 月 日  | 歳（ 月 日）            |         |  |
| 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（ ） -                      |        |                    |         |  |

| 病 型  |   |   | 18 感染原因・感染経路・感染地域  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|
| 1) ジカウイルス病、 2) 先天性ジカウイルス感染症  |   |   | ①感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ）  |  |  |
| 症<br>候<br>・<br>合<br>併<br>症   | 1) ジカウイルス病の場合：  |   | 1 動物・蚊・昆虫等からの感染<br>（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____）   |  |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱</li> <li>・発疹</li> <li>・頭痛</li> <li>・全身の筋肉痛</li> <li>・骨関節痛</li> <li>・結膜充血</li> <li>・血小板減少</li> <li>・白血球減少</li> <li>・筋力低下</li> <li>・弛緩性麻痺</li> <li>・反射消失を伴う運動麻痺</li> <li>・その他（ _____ ）</li> <li>・なし</li> </ul> |   | 2 感染母体からの経胎盤感染<br>母親の妊娠中のジカウイルス感染症罹患歴<br>ア) 妊娠中に診断（診断時の妊娠週数： _____ 週）<br>羊水検査実施の有無： a) あり b) なし<br>羊水検査結果： a) 陽性 b) 陰性 c) 判定保留<br>イ) 出産後に診断 ウ) 判定保留 エ) 陰性<br>オ) その他（ _____ ） |  |  |
| 診<br>断<br>方<br>法   | 2) 先天性ジカウイルス感染症の場合：   |   | 3 経産道感染  |  |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・小頭症</li> <li>・頭蓋内石灰化</li> <li>・先天奇形</li> <li>・聴覚障害</li> <li>・視力障害</li> <li>・精神発達遅滞</li> <li>・脾腫大</li> <li>・肝腫大</li> <li>・その他（ _____ ）</li> <li>・なし</li> </ul>   |   | 4 輸血   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出<br/>検体：血液・尿・臍帯・臍帯血・胎盤・髄液・その他（ _____ ）</li> <li>方法：ウイルス分離・免疫組織化学染色・その他（ _____ ）</li> <li>・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出<br/>検体：血液・尿・髄液・臍帯・臍帯血・胎盤・その他（ _____ ）</li> <li>・IgM 抗体の検出<br/>検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他（ _____ ）</li> <li>結果：陽転化・抗体価の有意な上昇</li> <li>他のフラビウイルス属ウイルスの IgM 抗体の確認の有無：<br/>あり（病原体： _____ ）・なし</li> <li>・中和抗体の検出<br/>検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他（ _____ ）</li> <li>結果：陽転化・抗体価の有意な上昇</li> <li>・その他の方法（ _____ ）</li> <li>検体（ _____ ）</li> <li>結果（ _____ ）</li> </ul> |   |   | 5 性的接触<br>ア) 異性間 イ) 同性間 ウ) 不明  |  |  |
|  |   |   | 6 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 _____ ）   |  |  |
|  |   |   | ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。<br>渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日）<br>国外居住者については 入国日のみで可   |  |  |
| 13 初診年月日   | 令和 年 月 日  | 19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項 |  |  |  |
| 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。)