臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、風しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いします。

別記様式５－１５

先天性風しん症候群発生届

和歌山市保健所長　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）　・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		１１　感染原因・感染経路・感染地域
1）ＣＲＳ典型例、　2)その他		
４　症状	・白内障　・先天性緑内障 ・先天性心疾患（　　） ・難聴 ・色素性網膜症　・紫斑 ・脾腫　・小頭症 ・精神発達遅滞　・髄膜脳炎 ・Ｘ線透過性の骨病変 ・黄疸（生後 24 時間以内に出現） ・その他（　　）	①感染原因・感染経路 １　母親の妊娠中の風しん罹患歴 ・あり（発症した妊娠週数　　週） ・なし ・不明 ②母親の感染地域（　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　　） ③出生時の母親の年齢（　　歳） ④母親の風しん含有ワクチン接種歴 1 回目　有（　　歳）・　無　・　不明 母子手帳等の記録による確認の有無　（有　・　無） ワクチンの種類（風しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・不明） 接種年月日（S･H･R　年　月　日　・不明） 製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明） 2 回目　有（　　歳）・　無　・　不明 母子手帳等の記録による確認の有無　（有　・　無） ワクチンの種類（風しん単抗原・ＭＲ・ＭＭＲ・不明） 接種年月日（S･H･R　年　月　日　・不明） 製造会社/Ｌｏｔ番号（　　/　　・不明）
５　診断方法	・分離・同定による病原体の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （　　） ・検体から直接の PCR 法による病原体遺伝子の検出 検体：咽頭拭い液・唾液・尿・その他 （　　） ・血清 IgM 抗体の検出 ・血清赤血球凝集抑制(HI)抗体価が、移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続(出生児の HI 抗体価が、月あたり１／２の低下率で低下していない) ・その他検査方法（　　） 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 欄は該当する番号等を〇で囲み、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。