別様式２－２

結　核　発　生　届

この届出は診断後直ちに行ってください

報告年月日　平成　　年　　月　　日

京都府知事　様

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。

医師の氏名　　印　（署名または記名押印のこと）

従事する病院（科）・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				
１）患者（確定例）　２）無症状病原体保有者（潜在性結核感染症）　３）類似症患者　４）感染症死亡者の死体　５）感染症死亡疑い者の死体				
２　当該者氏名（ふりがな）	３　性別	４　生年月日	５　診断時の年齢（０歳は月齢）	６　当該者職業(具体的に)
（　　）	男・女	年　月　日	歳（　か月）	
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

１）肺結核　　２）その他の結核（　　）

11 症状

・せき　・たん　・発熱　・胸痛　・呼吸困難
・その他（　　）
・なし

12 診断方法

遺伝子の検出　病原体・病原体

1)塗抹検査（－　±　1＋　2＋　3＋）　又は G　　号
採取日　月　日　検体：喀痰・その他（　　）

2)培養検査　－　＋（　個）・検査中
採取日　月　日　検体：喀痰・その他（　　）

3)核酸増幅法　－　＋　未実施
採取日　月　日　検体：喀痰・その他（　　）

4)　病理検査における特異的所見の確認
検体：（　　）　所見：（　　）

5)　ツベルクリン反応検査（判定日：　年　月　日）
－－－×－－－（　×　）（　）（二重発赤・水疱・壊死　）
×

6)　リンパ球の菌特異タンパク刺激による放出インターフェロンγ試験（QFT 等）　月　日実施　（陽性・判定保留・陰性）

7)　画像検査所見

撮影年月日　年　月　日

結核病学会分類

病側	r　l　b
病巣の性状	I　II　III　IV　V　0 H　Pl　Op
拡がり	1　2　3

8)　胸水 ADA 等、その他の方法（　　）
検体　（　　）　結果（　　）

9)　臨床決定（　　）

１８　感染原因・感染経路・感染地域

①　感染原因・感染経路　（確定・推定）
１　飛沫核・飛沫感染　（感染源の種類・状況）
２　その他　（　　）

②　感染地域　（確定・推定）
１　日本国内　（　都道府県　市町村）
２　国外（国名：　　）
（　詳細地域：　　）

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

１）　診断時の入院・在宅（施設入院を含む）の別
入院（予定）日：　月　日・在宅/施設入所中
（医療機関/施設名：　　）

２）　当該者の同居者数
人　（うち乳幼児　有・無）・単身

３）　その他

１３　初診年月日	平成	年	月	日
１４　診断（検案※）年月日	平成	年	月	日
１５　感染したと推定される年月日	平成	年	月	日
１６　発病年月日（＊）	平成	年	月	日
１７　死亡年月日（※）	平成	年	月	日

（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 は、該当するものすべてを記載すること。