

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、麻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いたします。**

別紙 1

麻 し ん 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 1 2 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 平成 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つては、その住所・電話番号を記載)

1 診断 (検査) した者 (死体) の類型					
・患者 (確定例) ・感染症死亡者の死体					
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)	6 当該者職業	
	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	13 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻しん (検査診断例) 2) 麻しん (臨床診断例)	①感染原因・感染経路 (確定・推定)
3) 修飾麻しん (検査診断例)	
11 症状	1 飛沫・飛沫核感染 (感染源となった麻疹患者・状況 : ())
12 診断方法	2 接触感染 (感染源となった麻疹患者・物の種類・状況 : ())
	3 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 ()
	渡航期間 ()
	③麻しん含有ワクチン接種歴
	1 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明
	ワクチンの種類 (麻しん単抗原・MR・MMR・不明)
接種年月日 (S・H 年 月 日 ・不明)	
製造会社/Lot 番号 (/ ・不明)	
2 回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明	
ワクチンの種類 (麻しん単抗原・MR・MMR・不明)	
接種年月日 (S・H 年 月 日 ・不明)	
製造会社/Lot 番号 (/ ・不明)	
14 初診年月日 平成 年 月 日	15 診断 (検査 (※)) 年月日 平成 年 月 日
16 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	17 発病年月日 (*) 平成 年 月 日
18 死亡年月日 (※) 平成 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

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11 から 13 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 14 から 18 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※) 欄は、死亡者を検査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。)

麻疹患者調査票

受信年月日	平成 年 月 日	受信者	
医療機関名 及び 所在地		医師氏名	
		電話番号	

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
患者住所		連絡先	
職業・学校等	施設名： 所在地：	最終出勤・ 出席日	
感染推定年月日	平成 年 月 日	発病年月日	平成 年 月 日
初診年月日	平成 年 月 日	診断年月日	平成 年 月 日
主要症状	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> コプリック斑 <input type="checkbox"/> 咳そう <input type="checkbox"/> 全身の発疹 <input type="checkbox"/> 発熱（ °C）		
発症前2週間から 解熱後3日間 を経過するまで の行動 及び 接触者の状況 及び 臨床経過 治療経過等	/ :		
	/ :		
	/ :		
	/ :		
	/ :		
	/ :		
	/ :		
	/ :		
	/ :		
	/ :		

麻しん 接触者調査票

別紙6

調査年月日	H 年 月 日 時 分	調査者	所属: 氏名:
接触者区分	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6)		
接触者氏名 (性別)	(男 ・ 女)	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)
自宅等住所		連絡先	電話: FAX: Eメール:
症状の有無	有 ・ 無	現在の症状	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> コプリック斑 <input type="checkbox"/> 全身の発疹 <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> その他()
受診	有 ・ 無	受診医療機関	名称: 所在地:
麻しんワクチン 接種歴又は 罹患歴	<input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種歴不明 <input type="checkbox"/> 罹患歴あり	麻しん患者と の最終接触 日	平成 年 月 日
参考事項			

☆聞き取り調査後、リスク分類に基づく対応について、説明すること。

リスク分類	<input type="checkbox"/> 就学前児(6歳未満児) <input type="checkbox"/> 就学児(6歳)以上の年齢	<input type="checkbox"/> ① 麻しんワクチンの2回接種が確認できた者(例外) →【低リスク】一般的注意喚起 <input type="checkbox"/> ② 麻しんワクチン接種が1回のみの方 又は ワクチン未接種の方 →【高リスク】健康観察を実施 <input type="checkbox"/> ① 麻しんワクチンの2回接種が確認できた者 →【低リスク】一般的注意喚起 ワクチンの接種が1回のみしか確認できない者 ワクチン接種を接種していない者 ワクチン接種の有無がわからない者 【高リスク】健康観察を実施
健康観察者	・感染リスクが高いことを伝える ① 体温等記録用紙により 毎日の健康観察を実施 ② 発熱、カタル症状、発疹等の症状が認められた場合は、速やかに保健所に連絡するよう指導 ③ 健康観察者から「症状あり」との連絡を受けた保健所は、感染症指定医療機関等と連絡を取り、患者の受診調整を実施	
一般的注意喚起者	・感染リスクは低いと考えられるが、患者と最終接触してから、潜伏期間を経て発病する可能性があることを伝える。 ・麻しんが心配される症状があるときは、医療機関にあらかじめ連絡した上で受診するよう指導	

例

☆調査時に症状がある場合

- 麻しんを疑う症状があれば、接触者であることを前提として受診勧奨を行う。すでに受診していた場合、でも再受診を勧奨する。
- 受診方法
 - ・保健所が受診予定の医療機関との調整を実施するため、折り返し電話する旨を説明する。
 - ・マスク着用すること、外出を控えることなどを説明する。
- 保健所が実施する調査・検査について同意が得られれば、さらに、「麻しん患者調査票」に基づく調査を実施する。(聞き取り内容の重複があることに注意)