

麻しん [東京都版]

麻しん・風しん・侵襲性髄膜炎菌感染症は、より迅速な行政対応を行うために、5類感染症ですが、「直ちに」届出をお願いしています。

(1ページ)

(2ページ)

忘れずに
ご記載ください。
発生届受理後、保健所
が届出内容を確認し、
聞き取り調査を行います

患者さんに、保健所から
連絡をすることを
お伝えください！

臨床診断例の届出
基準は、発熱、カタル
症状、発疹の3症状
を満たす場合です。
検査診断例の場合、
診断方法を記載して
ください。

麻しんの遺伝子検査(咽
頭ぬぐい液、尿、血液、
その他)について
遺伝子検査の要否は、
事例ごとに、東京都が
検討します。
疫学調査上で必要で、
患者の同意が得られた
場合、実施します。
詳しくは保健所にお
問い合わせ下さい。

別記様式0
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。

麻 し ん 発 生 届

東京都知事(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 平成31年3月1日
医師の氏名 府中 花子 印 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 ○○診療所
上記病院・診療所の所在地(※) 府中市宮西町1-26-1
電話番号(※) (042) 362-2334 (※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(検査)した者(死体)の種類	2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳は月齢)	6 当該者職業
患者(確定例)・感染症死亡者の死体	多摩 三郎	男	平成10年8月0日	20歳(か月)	学生(○○大2年)
7 当該者住所	府中市○○○1-2-3 電話(090)XXXX-XXXX				
8 当該者所在地	同上 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() -				

11 病状	12 診断方法	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) ③修飾麻しん(検査診断例) ④発熱(2月26日出現) ⑤咳 ⑥鼻汁 ⑦結膜充血 ・眼脂 ・コプリック斑 ⑧発疹(3月1日出現) ・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・脳炎(急性脳炎の届出もお願いします) ・その他()	陰性結果を含め実施したもの全て記載して下さい。 (ア) 分離・同定による病原体の検出 検体: 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他() 検体採取日()月()日 結果(陽性・陰性) 遺伝子型:() (イ) 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・血液・髄液・尿・その他() 検体採取日()月()日 結果(陽性・陰性) 遺伝子型:() ウ 血清IgM抗体の検出 検体採取日()3月()1日 検査中 結果(陽性・陰性・判定保留) 抗体価:() (エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日(1回目)月()日 2回目)月()日 抗体価 (1回目) 2回目) 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法: EIA・HI・NT・PA・その他() (オ) その他の検査方法() 検体() 検体採取日()月()日 結果() (カ) 臨床決定()	①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染(感染源となった麻しん患者・状況: () () 2 接触感染(感染源となった麻しん患者・物の種類・状況: () () ③その他(不明(旅行中、不特定多数の人と会った)) 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(B国) 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31年2月27日	15 診断(検査)年月日 平成31年3月1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31年2月26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

(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。)

診断した医師の方へお願い
感染症法第15条により、積極的疫学調査を実施致します(この場合、医師の守秘義務は解除されます)。しかし、迅速な感染拡大防止のため、保健所の調査前であっても、患者(又は保護者)の同意が得られた場合には、下記及び裏面調査票により情報提供をお願い致します。
ア. 集団生活: 無()有() (園児、小・中・高、その他)の学生、施設入所者、その他()
イ. 集団に接する職業: 無()有() (保育士、教師、施設職員、医療従事者、その他))
ウ. 集団に接する機会: 無()有() (施設での実習、ボランティア活動、その他) (サークル活動))
エ. 直近30日以内の海外滞在歴: 無()有() (国名: B国))
オ. 日本国内での滞在期間: 長期滞在、一時滞在 (帰国予定 年 月 日)

保健所への裏面調査票記載の情報提供に関する患者(あるいは保護者)の同意 (有)・無()

推定で構いませんので、麻しん患者との接触があったか、その状況、渡航歴(渡航地域・期間など)をできるだけ詳しく記載してください。

麻しん含有ワクチン(MRワクチンなど)を2回接種することで、高い予防効果があります。ワクチン接種歴をご確認ください。

保健所ではこのようなことをしています。
・ 感染源調査及び二次感染予防のため、患者の行動調査を実施します。
・ 患者接触者の予防接種歴、罹患歴などの確認をします。
・ 感染の可能性がある接触者に、健康観察を行います。また、発熱等の状況確認や有症状受診時の注意等の保健指導を行います。

この届出は診断後直ちにしてください

※ 迅速な感染源探索、二次感染対策に役立てるため、患者(あるいは保護者)の同意がとれた場合に、下記の事項について可能な限りご記入をお願いいたします。

1 患者の情報について記入してください。該当がない場合には「なし」に○をつけてください。

通学先・勤務先等	あり(○○大学2年生) なし
同居者(家族・同居者等)	あり() なし

2 感染源に関する情報(発症約2週間前に出かけた場所、会った人)

(1) 周囲に麻しんと診断された方はいましたか
いた () (どなたですか) ()
わからない

(2) 出かけた場所はどちらですか
○海外: 渡航先 B国
・ 職場や学校、保育所等: 施設名
・ 人が多く集まる場所(クラブ活動、習い事、イベント、会食等): 名称 現地の小学校でボランティア活動をした。
・ その他: 名称

3 二次感染に関する情報(発症1日前から解熱後3日目までに出かけた場所、会った人)

・ 職場や学校、保育所等: 施設名 ○○大学△△キャンパス
・ 人が多く集まる場所(クラブ活動、習い事、イベント、会食等): 名称 2/25 サークルの飲み会に参加
・ 医療機関: 名称 2/26 夜間診療所に受診
・ 救急車、タクシーなど 2/27 タクシーで○○診療所へ受診
・ その他: 名称 大学の友人が、2/26 受診付き添い

平成31年1月1日から、麻しん発生届の東京都独自様式に変更がありました。迅速な感染拡大防止のため、上記赤枠内および2ページの調査票により、情報提供をお願いいたします。

国内でも、輸入症例の増加がみられているね。