

結 核 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 _____
 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）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・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)	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		18 感染原因・感染経路・感染地域
	1) 肺結核 2) その他の結核 ()		①感染原因・感染経路 (確定・推定)
11 症 状	・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし		1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況:
12 診断方法	・塗抹検査による病原体の検出 検体: 喀痰・その他 () ・分離・同定による病原体の検出 検体: 喀痰・その他 () ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体: 喀痰・その他 () ・病理検査における特異的所見の確認 検体: () 所見: () ・ツベルクリン反応検査 (発赤・硬結・水疱・壊死) ・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロγ試験 ・画像検査における所見の確認 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () ・臨床決定 ()		2 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 ()
			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
13 初診年月日	令和 年 月 日		
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。)

<別紙>

1	当該者の状況	・入院中 ・入院予定 ・通院 ・その他 ()			
2	発見方法	・医療機関受診 ・接触者検診 ・健康診断 ・その他 ()			
3	治療歴	・あり ・なし ・不明			
4	菌検査情報	喀痰(塗抹)検査: 実施 ・ 未実施 検体: 喀痰・その他 () 結果: 塗抹 -・+ (ガフキー 号) 培養 -・+ 核酸増幅法(PCR-TB等): 実施 ・ 未実施 検体: 喀痰・その他 () 結果: PCR-TB -・+ その他: ()			
5	<エックス線所見>	<日本結核病学会病型分類>			
		病側	病巣の性状	拡がり	
		r	O	1	
		l	I II III IV V	H PI OP	2
		b			3

※ 4欄の菌検査情報は実施・未実施のいずれかに必ず○で囲んでください。

結核病学会病型分類

1. 病巣の性状

O		病変が全く認められないもの。
I型	広汎空洞型	空洞面積の合計が拡がり1(後期)を超し、肺病変の拡がりの合計が一側肺に達するもの。
II型	非広汎空洞型	空洞を伴う病変があって、上記I型に該当しないもの。
III型	不安定非空洞型	空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの。
IV型	安定非空洞型	安定していると考えられる肺病変のみがあるもの。
V型	治癒型	治癒所見のみのもの。
H型	肺門リンパ節腫脹	
PI型	滲出性胸膜炎	
Op型	手術のあと	

2. 病巣の拡がり

1	第2肋骨前端上縁を通る水平線以上の肺野の面積を超えない範囲
2	1と3の中間
3	一側肺の面積を超えるもの

3. 病側

r	右側のみに病変のあるもの
l	左側のみに病変のあるもの
b	両側に病変のあるもの