１．帳票一覧 結核患者支援

No	帳票名	種類	様式	備考
結核登録票の作成				
1	結核患者登録票	単票	●	様式第8号
治療				
2	意見を述べる機会付与通知書	単票	●	様式第37号
3	意見書	単票	●	様式第38号
4	入院勧告書（応急入院）	単票	●	様式第39号
5	入院措置書（応急入院）	単票	●	様式第40号
6	入院勧告書（本入院）	単票	●	様式第41-1号
7	入院勧告期間延長通知書（本入院）	単票	●	様式第41-2号
8	入院措置書（本入院）	単票	●	様式第42-1号
9	入院措置期間延長通知書（本入院）	単票	●	様式第42-2号
10	患者等届出事項通知書	単票	●	様式第49号
感染症診査協議会				
11	【診査開資料】（３７条）応急入院・就業制限・本入院をした者	一覧		
12	【診査開資料】（３７条）本入院の延長をする者	一覧		
13	【診査開資料】（３７条の２）公費負担申請	一覧		
14	結核医療費公費負担承認通知書（３７条）	単票	●	様式第45号
15	患者票（感染症法第３７条の２）	単票	●	様式第31号
16	感染症診査協議会への諮問等について（感染症診査協議会運営要領　様式１）	単票	●	様式第28号
17	診査協議会日誌（感染症診査協議会運営要領　様式５）	単票	●	様式第29号
18	(1)感染症診査協議会諮問決定内訳	集計表	●	様式第30号
19	(2)感染症診査協議会諮問決定内訳	集計表	●	様式第30号
20	(3)感染症診査協議会諮問決定内訳	集計表	●	様式第30号
保健所内検討会議				
21	結核の積極的疫学調査票	単票		
22	（活動性結核患者用）リスクアセスメント票	単票	●	様式1-(1)
23	（ＬＴＢＩ患者用）リスクアセスメント票	単票	●	様式1-(2)
接触者健康診断				
24	健康診断の実施について	単票	●	様式第10号
25	健康診断実施措置書	単票	●	様式第11号
26	健康診断の実施について（県外依頼）	単票	●	様式第12号
27	健康診断の結果について	単票	●	様式第13号
28	結核健康診断受診券の送付について	単票		
29	結核接触者健診のお願い（医療機関通知）	単票		
30	結核接触者健診受診券	単票	●	様式第18-1号
31	結核接触者調査表	単票		
退院				
32	入院勧告・措置解除通知書	単票	●	様式第46号
33	就業制限解除通知書	単票	●	様式第50号
管理検診				
34	結核健康診断受診券の送付について	単票		
35	結核管理検診のお願い（医療機関通知）	単票		
36	結核管理検診受診券	単票	●	様式第17-1号
37	おたずね（通常）	単票	●	様式第14-1号
38	おたずね（最終回の確認）	単票	●	様式第14-2号
39	おたずね（予防内服の方）	単票	●	様式第14-3号
管理検診終了				
40	ＶＮＴＲ一致患者情報収集用紙	一覧		

1-1

ふりがな	男	登録区分	登録時病名	受給者番号	
氏名	女	1. 初回 2. 再治療 3. 不明	1. 肺結核（病型：　　） 2. 肺外結核（　　） 3. 潜在性結核感染症	37条・37条の2 37条・37条の2 37条・37条の2	

生年月日	登録日	登録番号	NESID ID	
T S H R 年　月　日（　歳）	年　月　日		システム管理番号	

住所：〒 電話：（　　）　携帯：（　　） 同居者：（　　人、うち乳幼児 有 ・ 無） 出生国：日本・その他（　　入国時期　　）	勤務先・学校名：　　担当 住所： 電話： 職業（内容）：	接触者健康診断： （要 ・ 否） 管轄保健所：

発病年月日	年　月　日	入院勧告等	就業制限	年　月　日～	RFLP検査	年　月　日
初診年月日	年　月　日		応急入院	年　月　日～		比較対象者（　　）
医療機関名	（　　）		入院勧告意見	無・有（　　）		一致・不一致
診断年月日	年　月　日		本入院	年　月　日～	VNTR法	年　月　日
医療機関名	（　　）		入院勧告等解除	年　月　日		比較対象者（　　）
治療開始年月日	年　月　日		就業制限解除	年　月　日		一致・不一致

発見方法	1. 個別健康診断、定期健診（2. 学校 3. 住民 4. 職場 5. その他） 接触者健診（6. 接触者 7. 家族 8. その他）9. その他集団健診 10. 医療機関受診 11. その他 12. 不明	感染性	塗抹（　　） 感染症の始期（　年　月頃から） 高感染症・低感染症・その他（　　）

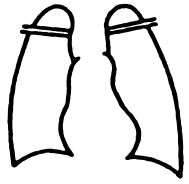
抗酸菌検査
・核酸増幅法（　年　月　日） TB（＋・－）　MAC（＋・－） 方法（　　） 検体の種類：喀痰・その他（　　）
・同定（　年　月　日） TB（＋・－）方法（　　）
その他
ADA：　　IU/ℓ 単核球（リンパ球）： 検体の種類：胸水・その他（　　）

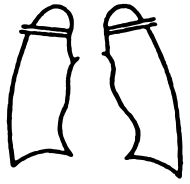
発見時排菌状況	塗抹	培養	検体種類	医療機関名	菌株保存・場所
初　回：　年　月　日	（　）	（　）	（　）	（　）	（無・有：　）
1回目：　年　月　日	（　）	（　）	（　）	（　）	（無・有：　）
2回目：　年　月　日	（　）	（　）	（　）	（　）	（無・有：　）
3回目：　年　月　日	（　）	（　）	（　）	（　）	（無・有：　）

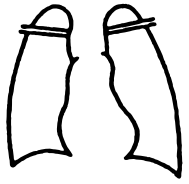
薬剤感受性検査										
検体採取　年　月　日	INH□感	INH□感	RFP□感	SM□感	EB□感	PZA□感	RBT□感	□感	□感	□QFT検査　□T-SPOT検査
判定　年　月　日	(0.2)□耐	(1.0)□耐	(40)□耐	(10)□耐	(2.5)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	採血：　年　月　日　QFT
検体採取　年　月　日	INH□感	INH□感	RFP□感	SM□感	EB□感	PZA□感	RBT□感	□感	□感	判定：　年　月　日　(　IU/ml)
判定　年　月　日	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(　)□耐	(陽性・判定保留・陰性・判定不可)　T-SPOT　(　スポット)

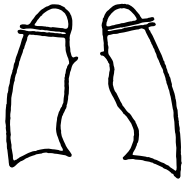
年月日	区分	診断名（病型）	治療薬剤（期間）	医療費区分	公費区分	受療状況	医療機関 担当医・電話	入力
						入 在		済
						入 在		済
						入 在		済
						入 在		済
						入 在		済
						入 在		済
						入 在		済
						入 在		済
						入 在		済

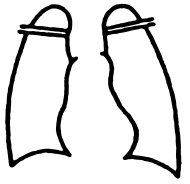
区分：1 届出　2－①勧告（応急入院）　2－②勧告（本入院）　2－③通知（入院延長）　3 主治医連絡　4 訪問　5 感染症法申請　6 クリニック　7 その他
医療費区分：1 自費　2 健保・共済（a本人 b家族）　3 国保　4 生保　5 後期高齢　公費区分：37条　37条の2


年　月　日撮影


年　月　日撮影


年　月　日撮影


年　月　日撮影


年　月　日撮影

1-1

接触者健診結果表

初発患者名　　登録№.　　担当者:

氏名 生年月日(年齢) 住所 電話番号	性別 患者との関係	健診結果				
	男	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		TR・XP・IGRA	TR・XP・IGRA	TR・XP	TR・XP	TR・XP
年 月 日( )	女					
		保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )
		次回 年 月 XP・TR IGRA	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR
	同居・別居	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要
	男	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		TR・XP・IGRA	TR・XP・IGRA	TR・XP	TR・XP	TR・XP
年 月 日( )	女					
		保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )
		次回 年 月 XP・TR IGRA	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR
	同居・別居	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要
	男	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		TR・XP・IGRA	TR・XP・IGRA	TR・XP	TR・XP	TR・XP
年 月 日( )	女					
		保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )
		次回 年 月 XP・TR IGRA	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR
	同居・別居	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要
	男	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		TR・XP・IGRA	TR・XP・IGRA	TR・XP	TR・XP	TR・XP
年 月 日( )	女					
		保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )
		次回 年 月 XP・TR IGRA	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR
	同居・別居	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要
	男	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		TR・XP・IGRA	TR・XP・IGRA	TR・XP	TR・XP	TR・XP
年 月 日( )	女					
		保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )
		次回 年 月 XP・TR IGRA	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR
	同居・別居	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要
	男	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		TR・XP・IGRA	TR・XP・IGRA	TR・XP	TR・XP	TR・XP
年 月 日( )	女					
		保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )
		次回 年 月 XP・TR IGRA	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR
	同居・別居	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要
	男	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		TR・XP・IGRA	TR・XP・IGRA	TR・XP	TR・XP	TR・XP
年 月 日( )	女					
		保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )	保健所/医療機関( )
		次回 年 月 XP・TR IGRA	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR	次回 年 月 XP・TR
	同居・別居	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要	要医療/経過観察/経過不要

家系図等

1-1

相談記録

日　付	方　法	内　　容

1-1

ふりがな 氏名	登録時の活動分類	肺結核活動性 喀痰塗抹陽性 初回治療	肺結核活動性 喀痰塗抹陽性 再治療	肺結核活動性 その他の 結核菌陽性	肺結核活動性 菌陰性その他	肺外結核 活動性	潜在性 結核感染症 (別掲)

発見時の自覚症状	特記事項	最終ツ反
咳（無・有：強　中　弱、いつ頃から：　）	喫煙（無・有：　）	実施日：　年　月　日
痰（無・有：量　　血痰：いつ頃から　）	飲酒（無・有：　）	―×― （　×　）
発熱（無・有：いつ頃から　）	ステロイド（無・有：　）	（水疱・出血・壊死）
胸背部痛（無・有：いつ頃から　）	免疫抑制剤（無・有：　）	（－．＋．卄．卅）
体重減少（無・有：　kg→　kg　期間：　）	サウナ・パチンコ・カラオケ（無・有：　）	BCG歴
倦怠感（無・有　いつ頃から：　）	作業員宿舎（無・有：　）	・有（　年　月　日）
寝汗（無・有　いつ頃から：　）	介護保険受給（無・有：　）	・無　・不明
その他（　）	その他（　）	

結核既往歴	無・有（時期・治療状況など：　）
家族等	無・有（時期・治療状況など：　）
合併症・既往歴	無・有（塵肺・糖尿病・高血圧・低肺・肝機能障害・腎不全・低栄養・胃切除・胃潰瘍・その他　）
最終の胸部X－P	無・有（　年　月頃）　実施機関（　）　結果（　）
推定感染源	無・有（感染源患者：　）（接触時期：　年　月頃　）

診断までの経過

生活様態
通勤通学（無・有：　）
入所施設（無・有：　）
通院（無・有：　）
社会活動（無・有：　）
福祉サービス利用（無・有：　）
繁用施設・店舗・場所（無・有：　）
その他（職歴、注意事項等）

治療開始：　年　月　日　標準治療終了予定：　年　月　治療終了：　年　月　日

菌検査	月日													
	検体													
	塗抹													
	培養 液体													
	培養 固形4週													
	培養 固形8週													
	培養 報告日													
	その他													
治療薬剤	年月													
	PZA													
	INH													
	RFP													
	EB													
	SM													
DOTS	タイプ													
	確認方法													
	結果													

タイプ：A（毎日）B（週1～2回）C（月1～2回）ア（訪問）イ（来所）ウ（携帯）エ（連絡）
確認方法：ア（直接監視）イ（空袋・残薬）ウ（服薬手帳）エ（連絡）オ（その他）　結果：○（90％以上）×（それ以外）

コホート観察	登録除外	
1. 治癒　2. 治療完了 3. その他（　） 4. 死亡　5. 治療失敗 6. 脱落中断	除外日：　年　月　日 理由 1. 観察不要 2. 結核死 3. 結核外死（　）	4. 転症（病名：　） 5. 転出（転出先：　） 6. その他（理由：　）

1-2

様式第 37 号

意見を述べる機会付与通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

＿＿＿＿＿＿＿保健所長　○○　○○　印

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（以下「法」という。）第２６条において準用する法第２０条第６項の規定により、法第２０条第１項の規定による勧告について、意見を述べる機会を付与します。

ついては、下記のとおり意見書の提出期限、提出先等について通知します。

記

件　　名	法第２０条第１項の規定による第二種感染症指定医療機関（結核病床を有する医療機関）への入院勧告について
勧告を行う理由	結核患者の所見があると診断されたことから、結核のまん延を防止するために必要と認められたため。
意見書の提出先	保健所
意見書の提出期限	令和　　年　　月　　日まで
備　　考	

(H24)

1-3

様式第 38-1 号（意見なしの場合）

意　見　書

（あて先）

＿＿＿＿＿＿保健所長

私は、令和　　年　　月　　日付けで　　保健所長から意見を述べる機会付与通知を受けましたが、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２６条において準用する法第２０条第１項に基づく第二種感染症指定医療機関（結核病床を有する医療機関）への入院勧告について、十分な説明を受け、納得しましたので、意見はありません。

令和　　年　　月　　日

本人氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者が未成年、成年被後見人等の場合、保護者等の方も署名してください。

保護者等氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
本人との続柄
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(H23)

1-3

様式第 38-2 号（意見ありの場合）

意　見　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）
＿＿＿＿＿＿保健所長

本人氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者が未成年、成年被後見人等の場合、保護者等の方も署名してください。

保護者等氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
本人との続柄
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日付けで　　保健所長から送付された意見を述べる機会付与通知書に基づき、次のとおり意見書を提出します。

記

件　　名	法２０条第１項の規定による第二種感染症指定医療機関（結核病床を有する医療機関）への入院勧告について
根拠となる法令の条項	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２６条において準用する法第２０条第１項
意　　見	

(H23)

1-4

様式第 39 号

入院勧告書（応急入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長 ○○　○○　印

あなたは、結核　患者 ・ 疑似症患者　と診断されましたので、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２６条において準用する第１９条第１項の規定により、下記のとおり入院を勧告します。

なお、この勧告に従っていただけない場合、入院の措置をすることがあります。

記

１　入院期間

令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時から
令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時まで

ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院勧告の理由

当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項

あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。

また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

担当：
電話：

(H24)

1-5

様式第 40 号

入院措置書（応急入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長 ○○　○○　印

あなたは、結核　患者 ・ 疑似症患者　と診断されましたので、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２６条において準用する第１９条第３項・第５項の規定により、下記のとおり入院を措置します。

記

１　入院期限
令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院措置の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

５　教示
⑴審査請求について
この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求

をすることができなくなります。

(2)取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(R4)

様式第 41-1 号

入院勧告書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　〇〇　〇〇　　印

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２６条において準用する第２０条第１項の規定により、下記のとおり入院を勧告します。
なお、この勧告に従っていただけない場合、入院の措置をすることがあります。

記

１　入院期限
令和　　年　　月　　日　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院勧告の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

担当：
電話：

(H24)

様式第 41-2 号

入院勧告期間延長通知書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長 ○○　○○　印

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２６条において準用する第２０条第４項の規定により、下記のとおり入院期間の延長を通知します。

なお、この通知に従っていただけない場合、入院期間延長の措置をすることがあります。

記

１　入院延長期限
令和　　年　　月　　日　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、さらに入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院期間延長勧告の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。

また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

担当：
電話：

(H24)

様式第 42-1 号

入院措置書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　〇〇　〇〇　印

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２６条において準用する第２０条第２項の規定により、下記のとおり入院を措置します。

記

１　入院期限
令和　　年　　月　　日　　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、さらに入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院措置の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

５　教示
(1)審査請求について
この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
なお、入院期間が３０日を超える場合は、法律第２６条において準用する第２０条第２項又は第３項に規定する入院の措置について、特例として文書又は口頭により厚生労働大臣に審査請求をすることができます。

(2)取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６ヵ月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(R4)

様式第 42-2 号

入院措置期間延長通知書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　〇〇　〇〇　　印

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２６条において準用する第２０条第２項・第３項・第４項の規定により、下記のとおり入院期間の延長を通知します。

記

１　入院延長期限
令和　　年　　月　　日　　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、さらに入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院期間延長の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

５　教示
（１）審査請求について
この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
なお、入院期間が３０日を超える場合は、法律第２６条において準用する第２０条第２項又は第３項に規定する入院の措置について、特例として文書

又は口頭により厚生労働大臣に審査請求をすることができます。

（２）取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６ヵ月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(H28)

様式第 49 号

患者等届出事項通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○　印

あなたは結核　患者 ・ 疑似症患者　であるとの診断の届出がありましたので、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（以下「法」という。）第１８条第１項の規定により、下記のとおり通知します。

また、下記に定める業務については、当該感染症を公衆にまん延させるおそれがあるので、法第１８条第２項の規定により就業が制限されます。

記

１　感染症の名称：

２　症状：

３　診断方法：

４　初診年月日及び診断年月日
（１）初診年月日　　令和　　年　　月　　日
（２）診断年月日　　令和　　年　　月　　日

５　就業が制限される業務
接客業その他の多数の者に接触する業務

６　就業が制限される期間
その病原体を保有しなくなるまでの期間又はその症状が消失するまでの期間

７　処　罰
上記に定める就業制限に違反した方は、法第７７条第４号の規定により、５０万円以下の罰金に処されることがあります。

８　確認検査の請求
上記に定める就業制限を受ける方又はその保護者は、この就業制限を受ける対象者ではなくなったことの確認を当保健所長に求めることができます。

９　教示

（１）審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

（２）取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(H28)

応急入院・就業制限・本入院をした者

登録番号		性別	病名	治療開始薬剤(3剤、4剤、その他)	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		初発・再発	治療開始日	同定検査　方法	同定検査　結果		医療保険	
	越谷市								

入院時喀痰塗抹	検体	塗抹	培養	就業制限　期間	患者意見	診査会諮問日	診査会意見
3日連続検痰	検体	塗抹	培養	応急入院　期間			
				本入院　期間			

菌検査結果								入院延長の期間	勧告措置	入院の見通し	診査会諮問日	診査会意見
検査日	検体	塗抹	培養	検査日	検体	塗抹	培養					

本入院の延長をする者

登録番号		性別	病名	治療開始薬剤(3剤、4剤、その他)	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		初発・再発	治療開始日	同定検査　方法	同定検査　結果		医療保険	
	越谷市								

入院時喀痰塗抹	検体	塗抹	培養	就業制限　期間	患者意見	診査会諮問日	診査会意見
3日連続検痰	検体	塗抹	培養	応急入院　期間			
				本入院　期間			

菌検査結果								入院延長の期間	勧告措置	入院の見通し	診査会諮問日	診査会意見
検査日	検体	塗抹	培養	検査日	検体	塗抹	培養					

登録番号		性別	病名	治療開始薬剤(3剤、4剤、その他)	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		初発・再発	治療開始日	同定検査　方法	同定検査　結果		医療保険	
	越谷市								

入院時喀痰塗抹	検体	塗抹	培養	就業制限　期間	患者意見	診査会諮問日	診査会意見
3日連続検痰	検体	塗抹	培養	応急入院　期間			
				本入院　期間			

菌検査結果								入院延長の期間	勧告措置	入院の見通し	診査会諮問日	診査会意見
検査日	検体	塗抹	培養	検査日	検体	塗抹	培養					

３７条の２　公費負担申請

登録番号		性別	病名	公費申請時の薬剤	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		治療開始日	承認期間	同定検査方法	同定検査結果		医療保険	
	越谷市			から まで					

登録番号		性別	病名	公費申請時の薬剤	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		治療開始日	承認期間	同定検査方法	同定検査結果		医療保険	
	越谷市			から まで					

登録番号		性別	病名	公費申請時の薬剤	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		治療開始日	承認期間	同定検査方法	同定検査結果		医療保険	
	越谷市			から まで					

1-14

様式第 45 号

結核医療費公費負担承認通知書（３７条）

公費負担者番号				受給者番号	
患者	フリガナ 氏　名		性　別 男・女	生年 月日	明治・大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日生
	フリガナ 住　所				
保険者等の種別	健保（本人・家族）　国保　生保（受給中・申請中） その他（　　）				
感染症指定医療機関名					
承　認　期　間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで				

自　己　負　担　額	円
負　担　す　る　期　間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

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３７条の規定により上記期間の医療費の公費負担を承認します。

患者（又はその保護者）　様

令和　　年　　月　　日

保健所名　　保健所長　○○　○○　印

保健所所在地

保健所電話　　（　　）

注意事項

1　この証によって公費負担を認められた診療を受けようとする時は、この証を指定医療機関に提出しなければなりません。

2　現に診療を受けている指定医療機関を変更しようとするときは、管轄保健所長に届けて変更の許可を受けなければなりません。また、住居地を他の保健所の管轄区域内に変更するときは速やかにその旨を保健所長に届けてください。

3　被保険者等の別に変更があったときは、保健所に届けてください。

4　不正にこの証を使用した者は刑法により、詐欺罪として罰せられます。

5　この証の承認期間が切れたとき、この証によって公費負担を認められた診療を受ける必要がなくなったとき、住所地を他の都道府県に変更するときは、速やかにこの証を管轄保健所に返してください。

6　診療にかかる費用等につき不審の点は管轄保健所に行ってお尋ねください。

7　交付保健所長印のないものは無効です。

(R5)

様式第31号

患　者　票

（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37条の2）

公費負担者番号			
公費負担医療の受給者番号			
交付保健所名称及び所在地	所在地 保健所長　○○　○○　印		
交付年月日	令和　　年　　月　　日		
患者	氏名		
	性別 生年月日	男・女	明・大・昭 平・令　　年　　月　　日
	住所		
被保険者等の別	健保（本人・家族）　国保　生保（受給中・申請中） 他（　　）		
指定医療機関（病院・診療所）	名称		
	所在地		
有効期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで		

病名	1	2	3
医療種類	A 化学療法	1 抗結核薬 （　　）剤 使用	1　薬品名 ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＲＢＴ　ＰＺＡ ＳＭ　ＥＢ　ＬＶＦＸ　ＫＭ　ＴＨ ＥＶＭ　ＰＡＳ　ＣＳ　ＤＬＭ　ＢＤＱ 2　１のうち局所療法に用いるもの （　　）
		2　副腎皮質ホルモン剤	薬品名（　　）
	B 外科的療法	1　肺結核	1　肺虚脱療法　2　空洞直達療法 3　肺切除術
		2　結核性膿胸	
		3　骨関節結核	
		4　泌尿器結核	
		5　その他（　　）	
	C　骨関節結核の装具療法		
	D　A～Cに必要なX線検査及び菌検査、Aに必要な副作用の検査、B又はCに必要な処置		
	E　B又はCに必要な収容		日間（術前　　日間～術後　　日間）

注意事項

1　この証によって公費負担を認められた診療を受けようとする時は、この証を指定医療機関に提出しなければなりません。
2　現に診療を受けている指定医療機関を変更しようとするときは、管轄保健所長に届けて変更の許可を受けなければなりません。また、住居地を他の保健所の管轄区域内に変更するときは速やかにその旨を保健所長に届けて下さい。
3　被保険者等の別に変更があったときは、保健所に届けてください。不正にこの証を使用した者は刑法により、詐欺罪として罰せられます。
4　この証の有効期限が切れたとき、この証によって公費負担を認められた診療を受ける必要がなくなったとき、住所地を他の都道府県に変更するときは、速やかにこの証を管轄保健所に返して下さい。
5　診療にかかる費用等につき不審の点は管轄保健所に行ってお尋ね下さい。
6　交付保健所長印のないものは無効です。

（R5）

様式第２８号（感染症診査協議会運営要領　様式１）

第　　号
令和　　年　　月　　日

○○保健所感染症診査協議会委員長　様

○○保健所長
（公印省略）

○○保健所感染症診査協議会への諮問等について（諮問）

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（以下「感染症法」という。）の規定により、下記のとおり意見を求めます。

記

１　感染症法第１８条第１項の規定による通知及び第６項の規定による報告

・就業制限について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

２　感染症法第１９条第１項及び第３項（第２６条において準用する場合を含む。）の規定による入院についての報告

・入院勧告について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

３　感染症法第２０条第１項（第２６条において準用する場合を含む。）の規定による勧告及び第４項（第２６条において準用する場合を含む。）の規定による入院期間の延長

（１）入院勧告について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）
（２）入院延長について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

４　感染症法第３７条の２第１項の規定による申請

・公費負担について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

５　その他

(H23)

様式第２９号（感染症診査協議会運営要領　様式５）

診査協議会日誌

<table>
<tr><td>委員長</td><td colspan="3"></td><td>係</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>診査月日時</td><td colspan="9">令和　　年　　月　　日　　午　前・午　後　　自　　時　　分
至　　時　　分</td></tr>
<tr><td>出席委員名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">診 査 件 数</td><td colspan="2">第１８条
（就業制限）</td><td colspan="2">第１９条
（応急入院）</td><td colspan="2">第２０条第１項
（本入院）</td><td colspan="2">第２０条第４項
（入院延長）</td><td colspan="2">第３７条の２
（公費負担）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">診 査 結 果</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td><td>支障なし</td><td>その他</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

(R3)

様式第30号

感染症診査協議会諮問決定内訳

令和〇〇年4月1回目診査分小計

1 法18条関係

報告件数	解除件数

2 法19条関係

報告件数

3 法20条1項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

・本入院勧告・措置患者については、公費負担承認通知書を発行する。

4 法20条4項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

1 本入院延長勧告・措置患者については、改めて公費負担承認通知書を発行する。
2 解除者については、入院勧告・措置解除通知を行う。

5 37条の2関係

	健保		国保	後期高齢者医療	生活保護法	その他	介護保険法	合計
	本人	家族						
申　請								0
承　認								0
保　留								0
不承認								0

様式第30号

感染症診査協議会諮問決定内訳

令和〇〇年4月2回目診査分小計

1 法18条関係

報告件数	解除件数

2 法19条関係

報告件数

3 法20条1項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

・本入院勧告・措置患者については、公費負担承認通知書を発行する。

4 法20条4項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

1 本入院延長勧告・措置患者については、改めて公費負担承認通知書を発行する。
2 解除者については、入院勧告・措置解除通知を行う。

5 37条の2関係

	健保		国保	後期高齢者医療	生活保護法	その他	介護保険法	合計
	本人	家族						
申　請								0
承　認								0
保　留								0
不承認								0

様式第30号(2)

法３７条の自己負担決定内訳

患者氏名	患者等の市町村民税所得割額の合算額	自己負担額	備考

(R1)

様式第30号

感染症診査協議会諮問決定内訳

令和　　年　　月　　日診査分

1　法１８条関係

報告件数	解除件数

2　法１９条関係

報告件数

3　法２０条１項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　　考
	該　当	非該当	保　留	

・　本入院勧告・措置患者については、公費負担承認通知書を発行する。

4　法２０条４項関係

諮問件数	本入院延長措置決定件数			備　　考
	該　当	非該当	保　留	

1　本入院延長勧告・措置患者については、改めて公費負担承認通知書を発行する。

2　解除者については、入院勧告・措置解除通知を行う。

5　法３７条の２関係

	健　保		国保	後期高齢者医療	生活保護法	その他	介護保険法	合計
	本人	家族						
申　請								
承　認								
保　留								
不承認								

様式第30号(2)

法３７条の自己負担決定内訳

患者氏名	患者等の市町村民税所得割額の合算額	自己負担額	備考

(R1)

様式第30号(3)

市町村民税所得割額確認調書

年　　月　　日現在

患者氏名	男 女　　歳

	続柄	氏　　名	職　業	市町村民税所得割額		証明書の区分	備考
				年区分	金　額		
同一生計世帯員	本人						
合　計							

1　市町村民税所得割額調査対象者(患者と同一生計を営む下記の者とする。)
(1)患者本人　(2)患者の配偶者　(3)患者の直系親族(祖父母、父母、子、孫)
(4)患者の兄弟姉妹

2　証明書の区分
調査対象者の市町村民税所得割額については、マイナンバーによる情報連携で取得する。
なお、マイナンバーにより税額が確認できない場合は、以下Ｂ又はＣの方法により税額を確認する。

Ａ　マイナンバーによる情報連携にて証明…証明書の区分欄に確認者が記名押印する。

Ｂ　市町村民税所得割額の証明

・　課税(非課税)証明書……市長村民税額が均等割以下の場合は市町村民税所得割額なしとなる。　[市町村発行]

※上記以外で、官公庁・市町村発行の「市町村民税所得割額なし」と見なせる書類があれば添付。(例：無職証明、福祉事務所長の証明)

Ｃ　その他

1　源泉徴収票等により、配偶者控除、被扶養者控除等を受けていることが判明する者についての証明は不要であり、「市町村民税所得割額なし」とする。

2　納税証明書等により専従者控除、被扶養者控除等を受けていることが判明する者についても、１と同様である。　(R1)

越谷市様式1号

結核の積極的疫学調査票

越谷市保健所

初発患者登録番号（　　）

調査実施日 平成　　年　　月　　日　担当者（　　）

（共通）

初発患者	フリガナ 氏名		1. 男 2. 女	診断名	1. 肺結核 2. 肺外結核 （　　）	届出月日 （医療機関）	平成　年　月　日 （　　）
	年齢	歳（M・T・S・H　年　月　日生）					
	住所			感染性の評価	1. 高感染性（綿密な接触者の把握と健診が必要） 2. 低感染性（ハイリスク・濃厚接触者等の把握と健診が必要） 3. 感染性なし（感染源探求を目的として健診等が必要） （参考）感染危険度指数＝　G（　）号×（　）月＝（　）		
	現在の所在地	（住所と異なる場合）					
	職業			いつ頃から感染性？	感染性期間の始期 平成　年　月　日頃（推定）		

菌検査結果 ＜検体＞ 1. 喀痰 2. その他 （　　）	検査日	／	／	／	結核菌同定　（未・確定） 薬剤感受性試験 1. 耐性なし 2. 耐性あり（耐性薬剤に○） （H　R　E　S　Z　　） 3. 検査中　4. 未実施	咳症状	1. なし 2. あり （平成　年　月　日頃から） ※咳がひどくなった時期 平成　年　月　日頃から
	塗抹						
	培養						

（主として医療機関からの情報）

発病時期	平成　年　月　日（推定）	咳以外の症状（該当するものに○）	
初診月日	平成　年　月　日 （発病～初診：　ヶ月　日）	1. 痰・血痰	平成　年　月　日頃から
		2. 発熱	平成　年　月　日頃から
診断月日	平成　年　月　日 （初診～診断：　ヶ月　日）	3. 寝汗	平成　年　月　日頃から
		4. 体重減少	平成　年　月　日頃から
治療開始	平成　年　月　日 （医療機関：　　）	5. 倦怠感	平成　年　月　日頃から
		6. その他（　　）	

合併症（治療中の疾患）		結核の既往歴	1. なし 2. あり（過去の治療内容を記載）

結核発病の高危険因子等の合併	1. 糖尿病　（　内服治療、　インスリン治療　）　→　管理（　良好　・　不良　）
	2. 悪性腫瘍　（具体的に：　　）
	3. 慢性腎不全（人工透析導入：　S・H　年　月　、　現在　：週　回実施　）
	4. 副腎皮質ホルモンによる治療
	5. 免疫抑制剤による治療　（薬剤名：　　）
	6. 胃切除歴、または空腸回腸バイパス手術歴あり　（S・H　年　月　）
	7. じん肺（珪肺）
	8. 最近2年以内に結核感歴あり　（　具体的に：　　）
	9. 健診等の胸部X線検査で硬化巣を指摘　（結核治療歴なし）
	10. その他（　　）

（主として患者本人及び家族等からの情報）

結核と診断されるまでの経過	
受診歴 ※受診されるまでの経過（症状経過、受診医療機関名、検査内容など）	

過去のBCG歴、健康診断受診歴など	
BCG接種歴	なし ・ あり （ S・H 年 月頃） ・ 不明
最近の健診歴 （胸部X線検査）	平成 年 月 受診 → 1. 異常なし（精査不要） 2. 要精査（精査結果： ） 平成 年 月 受診 → 1. 異常なし（精査不要） 2. 要精査（精査結果： ） 平成 年 月 受診 → 1. 異常なし（精査不要） 2. 要精査（精査結果： ）
かかりつけ医	なし ・ あり （医療機関名： ）

【 現在の治療状況（病気について聞いていることなど） 】

使用薬剤：INH、RFP、EB、SM、PZA、その他（ ）

服薬回数・時間帯 回／日（ 朝・昼・夜 ）

病気について主治医等から聞いていること

【 生活状況、趣味など 】

喫煙歴	1. なし 2. 止めた 3. 現在喫煙（ 本／日、 年）
飲酒	1. なし 2. 飲む（ 合／日）

パチンコ、ゲームセンター、居酒屋、カラオケ、映画館、サウナ、サークル等の利用状況

（施設名・頻度）

【 接触状況及び頻度 】

①家族（構成・年齢・最近の胸部X線検査・BCG接種の状況）

②その他の接触者（同居者・友人・恋人などの連絡先・年齢・最近の胸部X線の状況など）

③福祉サービスの利用状況（施設名、ホームヘルプ、デイサービス等の利用頻度・連絡先など）

家族・友人・会社等へ連絡してもよいかの同意	なし・あり（ ）
その他特記事項・面接時の様子など	

越谷市　様式2号

結核の積極的疫学調査票（事業所用）

（調査期間：平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日）

事業所の概要	事業所名	（事業の種類：　　）
	住所	TEL：
	所属部課長等	
	担当連絡先	担当職員名　　TEL：
	職員の規模	正規職員　　人，派遣職員　　人，その他　　人
	産業医	有（氏名：　　連絡先：　　）　無
環境	見取り図	＜執務場所の空調＞ 集中管理（循環式）の空調／部屋毎の独立空調／空調なし ＜執務場所の換気状況＞ 窓開閉／換気扇／その他特徴（　　）
正規職員の健診状況	健診実施機関	
	時期	直近の健診 平成　　年　　月　　日　次回の健診　平成　　年　　月　　日
	直近の健診の実施状況及び結果	対象者＿＿人，受診者＿＿人，未受診者＿＿人 →異常なし（精査不要）＿＿人，要精査　＿＿人 （精査結果　　）
その他職員の健診状況	健診実施機関	
	時期	直近の健診 平成　　年　　月　　日　次回の健診　平成　　年　　月　　日
	直近の健診の実施状況及び結果	対象者＿＿人，受診者＿＿人，未受診者＿＿人 →異常なし（精査不要）＿＿人，要精査　＿＿人 （精査結果　　）
事業所における患者の情報	初発患者の業務内容	事務・営業・接客・製造・その他（　　） （特記事項）
	勤務形態	常勤・非常勤　（勤務時間帯　：　～　：　） その他
	通勤手段	送迎バス（　　分／片道）・自家用車・電車・バス・徒歩・ 自転車・その他（　　）
	その他活動	事業所外での勤務　　所内・クラブ活動
	症状出現後の勤務状況	症状出現日 平成　　年　　月　　日 最終出勤日 平成　　年　　月　　日 （特記事項）
備考		

越谷市　様式3号

結核の積極的疫学調査票（病院・入所施設用）

（調査期間：平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日）

病院・施設の概要	病院・施設名	
	住所	TEL：
	連絡窓口	担当者（職名、氏名）　　TEL：
	初発患者の利用棟・室（外来診療科）	（主治医：　　）
環境	見取り図	＜初発患者が利用した病棟・病室・居室等の空調＞ 集中管理（循環式）の空調／部屋毎の独立空調／空調なし ＜病室・居室等の換気状況＞ 窓開閉／換気扇／その他特徴（　　） 独立換気の個室（あり・なし）
職員の健診状況	健診実施機関	
	時期	直近の健診 平成　　年　　月　　日　次回の健診　平成　　年　　月　　日
	直近の健診の実施状況及び結果	対象者＿＿人，受診者＿＿人，未受診者＿＿人 →異常なし（精査不要）＿＿人，要精査　＿＿人 （精査結果　　）
	院内感染対策マニュアル	1．なし　　2．あり（最終改訂　年　月　日）
	院内感染症対策委員会	1．なし　　2．あり（委員長：　　）
病院における患者の情報	初発患者の状況	咳や痰の喀出を誘発する処置・検査 1．吸引（　　回／日・時間）　　4．気管切開 2.ネブライザー　　5．その他 3．気管支内視鏡検査　　（　　） 要介護認定（　　） リハビリ　（なし・あり／　実施場所・状況　　）
	初発患者の行動・サービス利用状況	例）毎日のプログラム・デイケア利用 個室・相部屋・共同スペース利用状況（　　）
	初発患者の症状出現後の利用状況	
備考		

越谷市　様式4号

結核の積極的疫学調査票（学校用）

（調査期間：平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日）

学校の概要	学校名	（初発患者の所属学年・学級：　　）
	住所	TEL：
	連絡窓口	（校長・担任・校医・養護教諭）　氏名　　TEL：
	学校概要	例）生徒数、職員数、棟数、授業形態
環境	見取り図	＜教室の空調＞ 集中管理（循環式）の空調／部屋毎の独立空調／空調なし ＜教室の換気状況＞ 窓開閉／換気扇／その他特徴（　　）
健診状況 職員の	健診実施機関	
	時期	直近の健診 平成　　年　　月　　日　次回の健診　平成　　年　　月　　日
	直近の健診の実施状況及び結果	対象者＿＿人，受診者＿＿人，未受診者＿＿人 →異常なし（精査不要）＿＿人，要精査　＿＿人 （精査結果　　）
健診状況 生徒の	初発患者と同学年の生徒の定期健診	（健診方法）
	実施状況及び結果	対象者＿＿人，受診者＿＿人，未受診者＿＿人 →異常なし（精査不要）＿＿人，要精査　＿＿人 （精査結果　　）
学校における患者の情報	初発患者の症状出現後の出席状況	症状出現日 平成　　年　　月　　日 最終出席日 平成　　年　　月　　日 （特記事項）
	課外活動	クラブ活動　　部・その他
	通学手段	送迎バス（　　分／片道）・電車・バス・徒歩・自転車 その他（　　）
備考		

接触者集団健診（結核集団感染対策）に関する調査検討資料

越谷市保健所

初発患者登録番号（　　）

（共通）

初発患者	フリガナ		1. 男	診断名	1. 肺結核	届出月日（医療機関）	平成　年　月　日
	氏名		2. 女		2. 肺外結核		（　　）
	年齢	歳（M・T・S・H　年　月　日生）			（　　）		
	住所			感染性の評価	1. 高感染性（綿密な接触者の把握と健診が必要）		
	現在の所在地	（住所と異なる場合）			2. 低感染性（ハイリスク・濃厚接触者等の把握と健診が必要）		
					3. 感染性なし（感染源探求を目的として健診等が必要）		
					（参考）感染危険度指数＝　G（　）号×（　）月＝（　）		
	職業			いつ頃から感染性？	感染性期間の始期		
					平成　年　月　日頃（推定）		

菌検査結果 <検体> 1. 喀痰 2. その他（　）	検査日	／	／	／	結核菌同定　（未・確定）	咳症状	1. なし
	塗抹				薬剤感受性試験		2. あり
					1. 耐性なし		（平成　年　月　日頃から）
	培養				2. 耐性あり（耐性薬剤に○）		
					（H　R　E　S　Z　）		※咳がひどくなった時期
					3. 検査中　4. 未実施		平成　年　月　日頃から

（結核集団感染対策の検討）

発病時期	平成　年　月　日（推定）	結核の既往歴	1. なし 2. あり（　）
初診月日	平成　年　月　日 （発病～初診：　ヶ月　日）	合併症（治療中の疾患）	
診断月日	平成　年　月　日 （初診～診断：　ヶ月　日）	喫煙歴	1. なし 2. 過去に喫煙（止めた） 3. 現在喫煙（　本／日　年）
治療開始	平成　年　月　日 （医療機関：　）		
訪問面接	平成　年　月　日　面接・電話（誰に：　）（内容：　）（担当者：　） 平成　年　月　日　面接・電話（誰に：　）（内容：　）（担当者：　）		

診断までの経過（咳等の症状の経過、受診先での検査結果など）

症状出現後の活動状況、福祉サービス等の利用、社会活動（趣味、娯楽、ボランティア、アルバイト等）
その他（思い当たる感染源、病気の受け止め等）

家族の状況 （家族構成、生計、住居環境等）	職場（施設、学校等）の状況 （仕事内容、職場環境、交友関係、定期健診結果等） 連絡窓口（　　TEL:　　）

◎集団感染対策の検討対象

（学校、事業所、病院、施設、その他）→名称（　　）

検討会の開催（平成　　年　　月　　日）　出席者（　　）

→集団感染対策（　要・否　）

接触者健診の範囲:　最優先接触者（　　）

優先接触者（　　）

低優先接触者（　　）

健診計画（予定）

①　　年　　月　　③　　年　　月

対象（　　）　対象（　　）

内容（ IGRA・ツ反・X線）　内容（　IGRA・ツ反・X線）

②　　年　　月　　④　　年　　月

対象（　　）　対象（　　）

内容（ IGRA・ツ反・X線）　内容（　IGRA・ツ反・X線）

説明会　無・有→平成　　年　　月　　日、対象者（　　）

他保健所等への連絡・健診依頼等　無・有　→（　　）

特記事項

接触者健康診断に関する情報提供票

越谷市保健所

（共通）

初発患者	フリガナ 氏名		1. 男 2. 女	診断名	1. 肺結核 2. 肺外結核 （　　）	届出月日 （医療機関）	平成　　年　　月　　日 （　　）
	年齢	歳（M・T・S・H　　年　　月　　日生）					
	住所			感染性の評価	1. 高感染性（綿密な接触者の把握と健診が必要） 2. 低感染性（ハイリスク・濃厚接触者等の把握と健診が必要） 3. 感染性なし（感染源探求を目的として健診等が必要） （参考）感染危険度指数＝　　G（　）号×（　）月＝（　）		
	現在の所在地	（住所と異なる場合）					
	職業			いつ頃から感染性？	感染性期間の始期 平成　　年　　月　　日頃（推定）		

菌検査結果 ＜検体＞ 1. 喀痰 2. その他 （　　）	検査日	／	／	／	結核菌同定　（未・確定） 薬剤感受性試験 1. 耐性なし 2. 耐性あり（耐性薬剤に○） （H　R　E　S　Z　　） 3. 検査中　4. 未実施	咳症状	1. なし 2. あり （平成　　年　　月　　日頃から） ※咳がひどくなった時期 平成　　年　　月　　日頃から
	塗抹						
	培養						

（接触者健診の対象群別）

接触者健診の要否の検討状況について		
検討会の開催状況	開催 平成　　年　　月　　日 検討内容および今後の方針	保健所担当者連絡先 氏名 TEL
検討の対象者（優先度別）	（※依頼元保健所の調査および検討結果から判断される範囲内で対象者・集団名等を記 最優先接触者： 優先接触者： 低優先接触者：	

接触者健診の対象者（対象集団）			
対象			
住所	TEL：		
初発患者との接触状況	（勤務状況、通学状況、仕事内容等）		
対象者（相手先）への連絡に関する初発患者の同意	1. あり　2. なし	相手先への連絡状況	1. 連絡済み　2. 未
この情報提供票に関する問い合わせ先（窓口担当者）	TEL：		
特記事項・備考			

保健所から各都道府県・政令市等の主管課等への報告資料

結核の接触者健康診断（集団感染対策）実施状況

越谷市保健所　　（平成　　年　　月　　日現在）

事例No.	集団感染対策の発端となった初発患者の状況									接触者健康診断の実施状況						健康診断の結果			
	登録年月日（届け出機関）	性 年齢	診断名	X線病型	菌検査成績			所属（職業等）	特記事項（感染拡大因子等）	対象集団（対象者数）	受診者数	検査内訳				結核（確定例）	LTBI（※）	その他	異常なし
					塗抹	培養	耐性					IGRA	ツ反	X線	喀痰				
（例）1	H25．9．1（国公立病院）	女 42	肺結核	rⅡ2	＋＋	＋	なし	保育士	診断の2ヶ月前から咳あり A保育園勤務	同居家族（2人） 保育園園児（25人） 職員（4人） （合計31人）	2 25 4 31	2 25 4 31	ー 25 ー 25	2 2 1 5	1 ー 1 2	ー ー ー ー	1 2 ー 3	ー ー ー ー	1 23 4 28
（例）2	H26．1．6（私立病院）	男 82	肺結核	bⅡ3	＋＋＋	＋	INH耐性	特養入所者	3ヶ月前から咳 認知症・徘徊あり 職員の中に副腎皮質ホルモン服用者あり	特養職員（27人） 入所者（20人） （合計47人）	27 20 47	27 12 39	ー ー ー	6 20 26	5 6 11	1 ー 1	5 2 7	6 4 10	15 14 29

（※）LTBI：結核の無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核医療を必要とする者

厚生労働省への報告書

結核集団感染事例報告書

越谷市保健所

1. 事例について

（1）当該集団感染に関する報告回数　第　　報（続報・最終）

（2）集団感染と判明した時期　平成　年　月　日頃

（集団感染の定義を満たすと判明した時期）

（3）集団感染の発生場所

2. 初発患者について

（1）性別、年齢　男・女（　　歳）

（2）職業

（3）発症日（推定）　平成　年　月　日頃

（4）発症後最初に受診した医療機関の初診日　平成　年　月　日頃

（5）医療機関で結核と診断された日　平成　年　月　日頃

（6）保健所で結核の届出を受理した日　平成　年　月　日頃

（7）患者発見方法（発見契機）

（8）喀痰検査（塗抹等）の結果

（9）胸部X線検査結果（結核病学会分類）

3. 接触者健康診断について

（1）保健所方針決定日　平成　年　月　日頃

（2）接触者健康診断の開始日　平成　年　月　日頃

（3）対策の継続・終了の確認　A. 対策を継続中　（平成　年　月　日現在）

B. 対策を終了　（平成　年　月　日）

（4）接触者健康診断（集団感染対策）の実施成績

全対象者数（A）＋（B）	受診者数（A）	受診結果の内訳					未受診者数（B）
		結核発病（確定例）	LTBI（※）	その他	異常なし	結果待ち	

（※）LTBI：結核の無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核医療を必要とする者

4. その他

（1）多剤耐性結核か否か　はい ・ いいえ

（2）発症者、感染者、死亡者の人数　発症者　名、感染者　名、死亡者　名

（3）入院等の対応

（4）まん延するおそれの有無　有・無（理由）

（5）公表する（公表した）場合には、その日時　平成　年　月　日　午前・午後　　時

（6）その他の特殊な事項

【 活動性結核患者用 】

様式１－（１）

（ 越谷市保健所 ・ 担当保健師： ）

患者登録番号		登録日	年 月 日

服薬支援のためのリスクアセスメント票

患者氏名	（性別： ）（ 歳）	職 業	
患者住所		医療機関	
治 療	＊治療開始日： 年 月 日	＊終了予定日： 年 月 日	
	※入院期間： 年 月 日 ～ 年 月 日		

アセスメント日			年 月 日		年 月 日	
アセスメント項目			あり	なし	あり	なし
Ⅰ	1	喀痰塗抹陽性（登録時）	１点	０点	１点	０点
	2	再発	３点	０点	３点	０点
	3	薬剤耐性	２点	０点	２点	０点
	4	抗結核薬の副作用	２点	０点	２点	０点
	5	合併症による影響	２点	０点	２点	０点
	6	病気の受容・治療の同意	０点	２点	０点	２点
	7	ＰＺＡ投与	０点	１点	０点	１点
Ⅱ	1	アルコール問題	３点	０点	３点	０点
	2	治療中断歴	３点	０点	３点	０点
	3	精神・記憶・認知の障害	３点	０点	３点	０点
	4	高齢者（８０歳以上）	１点	０点	１点	０点
	5	意思疎通が困難な外国人	３点	０点	３点	０点
	6	住所不定	３点	０点	３点	０点
Ⅲ	1	服薬支援者の有無	０点	２点	０点	２点
	2	服薬に影響する不規則な生活	２点	０点	２点	０点
	3	服薬継続に影響する経済的問題	３点	０点	３点	０点
	4	通院継続に影響する問題	２点	０点	２点	０点
	5	院内ＤＯＴＳの実施（入院・外来）	０点	２点	０点	２点
〈中間判定〉 ①　点数による服薬確認頻度 **A**：１３点以上　**B**：９～１２点　**C**：８点以下 ②　服薬確認方法（訪問、外来等、連絡確認）			①　合計　／４０　点 **A　B　C** ②		①　合計　／４０　点 **A　B　C** ②	
〈特記事項〉 ①　結核、服薬の理解について ②　アセスメント項目で検討が必要な事項 （特にⅢの内容について） ③　その他						

判定日（ＤＯＴＳカンファレンス実施日）		年 月 日		年 月 日	
総合判定	**A**：原則毎日（治療中断のリスクが高い） **B**：週１～２回以上（服薬支援が必要） **C**：月１～２回以上（Ａ・Ｂ以外の患者）	判定	服薬確認頻度	判定	服薬確認頻度
服薬支援方法	①　訪問 （自宅・施設・その他） ②　外来等 （医療機関・薬局・保健所・その他） ③　連絡確認 （電話・電子メール・手紙・その他）	具体的服薬支援計画		具体的服薬支援計画	
		①		①	
		②		②	
		③		③	

【 活動性結核患者用 】

ＤＯＴＳカンファレンスの記録

実施年月日	内　容

1-23

【 ＬＴＢＩ患者用 】

様式１－（２）

（ 越谷市保健所 ・ 担当保健師： ）

患者登録番号		登録日	年 月 日

服薬支援のためのリスクアセスメント票

患者氏名	（性別： ）（ 歳）	職 業	
患者住所		医療機関	
治 療	＊治療開始日： 年 月 日	＊終了予定日： 年 月 日	

アセスメント日			年 月 日		年 月 日	
アセスメント項目			あり	なし	あり	なし
Ⅰ	3	初発患者の薬剤耐性	２点	０点	２点	０点
	4	抗結核薬の副作用	２点	０点	２点	０点
	5	合併症による影響	２点	０点	２点	０点
	6	病気の受容・治療の同意	０点	２点	０点	２点
Ⅱ	1	アルコール問題	３点	０点	３点	０点
	2	治療中断歴	３点	０点	３点	０点
	3	精神・記憶・認知の障害	３点	０点	３点	０点
	4	高齢者（８０歳以上）	１点	０点	１点	０点
	5	意思疎通が困難な外国人	３点	０点	３点	０点
	6	住所不定	３点	０点	３点	０点
Ⅲ	1	服薬支援者の有無	０点	２点	０点	２点
	2	服薬に影響する不規則な生活	２点	０点	２点	０点
	3	服薬継続に影響する経済的問題	３点	０点	３点	０点
	4	通院継続に影響する問題	２点	０点	２点	０点
	5	院内ＤＯＴＳの実施（入院・外来）	０点	２点	０点	２点
〈中間判定〉 ①　点数による服薬確認頻度 **A**：１３点以上　**B**：９～１２点　**C**：８点以下 ②　服薬支援方法（訪問、外来等、連絡確認）			①　合計　／３５　点 A　B　C ②		①　合計　／３５　点 A　B　C ②	
〈特記事項〉 ①　結核、服薬の理解について ②　アセスメント項目で検討が必要な事項 （特にⅢの内容について） ③　その他						

判定日（ＤＯＴＳカンファレンス実施日）		年 月 日		年 月 日	
総合判定	**A**：原則毎日（治療中断のリスクが高い） **B**：週１～２回以上（服薬支援が必要） **C**：月１～２回以上（Ａ・Ｂ以外の患者）	判定	服薬確認頻度	判定	服薬確認頻度
服薬支援方法	①　訪問 （自宅・施設・その他） ②　外来等 （医療機関・薬局・保健所・その他） ③　連絡確認 （電話・電子メール・手紙・その他）	具体的服薬支援計画		具体的服薬支援計画	
		①		①	
		②		②	
		③		③	

【 ＬＴＢＩ患者用 】

ＤＯＴＳカンファレンスの記録

実施年月日	内　容

様式第10号

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○
（公印省略）

健康診断の実施について（勧告）

あなたは結核に感染しているおそれがありますので、結核のまん延を防止するため、下記のとおり健康診断を受けてください。

記

1　健康診断を受ける期限
令和　　年　　月　　日までに受診してください。

2　健康診断を受ける場所

3　その他
（1）　今回の健康診断にかかる費用は無料です。
（2）　この勧告は、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17条第1項に基づくものです。
（3）　健康診断を受けない場合は、健康診断の措置を実施することがあります。

担当：
電話：

(R4)

様式第11号

健康診断実施措置書

指令　　第　　号
（住　　所）
（氏　　名）

あなたは結核に感染しているおそれがありますが、令和　　年　　月　　日付け第　　号による勧告に従わず、健康診断を受けなかったので、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（平成１０年法律第１１４号）第１７条第２項の規定により、健康診断の措置を実施します。

記

１　実施日時
令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時

２　実施場所

３　方法

４　参考

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１７条第２項 都道府県知事は、（略）勧告を受けた者が当該勧告に従わないときは、当該勧告による感染症にかかつていると疑うに足りる正当な理由のある者について、当該職員に健康診断を行わせることができる。

令和　　年　　月　　日

埼玉県　　保健所長　○○　○○印

教　示

1　審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2　取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（１の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（１の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（１の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：

電話：

様式第12号

保　第　　号
令和　　年　　月　　日

（あて先）
　　県　　保健所長

埼玉県　　保健所長
（公印省略）

健康診断の実施について（依頼）

当所管轄内で結核患者が登録され、その接触者が貴所管轄内の住所であることが判明しました。

つきましては、下記の方（方々）の健康診断の実施等について、御配慮くださいますよう、お願いいたします。

また、診断終了後は結果をお知らせくださるよう、併せてお願いいたします。

記

１　初発患者の概要
（１）　年齢・性別　　歳代、（男・女）
（２）　職業
（３）　届出年月日
（４）　現在までの状況
　　（＊　自覚症状、学会分類、排菌状況等必要な事項を必要最小限記入。）

２　接触者について
（＊　複数いるときは表形式等に工夫して一覧できるようにする。）
（１）　氏名
（２）　住所・連絡先
（３）　患者との関係
　　（＊　接触したと思われる時期を併記）

３　添付資料
　　（＊　必要に応じて結核患者登録票（写）等を添付）

(H23)

様式第 13 号　　第　　号

令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○

結核健康診断の結果について（通知）

このことについて、下記のとおり通知します。

記

1　胸部エックス線検査

撮影日	実施場所	結果
令和　　年　　月　　日	保健所 その他 （　　）	所見なし 所見あり （　　）

2　ツベルクリン反応検査

実施日	実施場所	判定
（実施）令和　　年　　月　　日 （判定）令和　　年　　月　　日	保健所 その他 （　　）	× （　×　） ×

3　ＩＧＲＡ検査

実施日	実施場所	判定
（採血）令和　　年　　月　　日 （判定）令和　　年　　月　　日	保健所 その他 （　　）	

4　今後の健診予定等

該当	内容
	今回の検査結果から「結核菌に感染している可能性は極めて低い」と考えられますので、今回の健診をもって、検査は終了となります。
	次回健診の予定は、平成　　年　　月となります。
	今回の健診をもって、当保健所での経過観察は終了となります。
	医療機関紹介：要精密検査（　　） 要治療（　　） その他（　　）

＊今後、咳・たん・胸痛・微熱・体のだるさ等の症状が２週間以上続いた場合は、医療機関を受診してください。

担当：保健予防推進担当（結核担当）

電話：

(H28)

1-28

〒

様

結核健康診断受診券の送付について

結核健康診断受診券をお送りいたします。

受診指定医療機関は下記のとおりです。あらかじめ受付時間等をご確認いただき、**健康保険証**をお持ちの上、受診してください。

また、受診の際には、結核健康診断であることをしっかり伝えた上で、同封の書類一式を封筒ごと受付にお出しください。

なお、受診券の有効期間は、１か月間ですので期間内にお受けください。

御都合がつかず、受診できなかった場合には、受診券を返却してください。

御不明な点がありましたら、下記担当まで御連絡ください。

よろしくお願いします。

記

１　医療機関

２　住　所

３　電　話

４　有効期間　　令和年月日から
　　令和年月日まで

越谷市保健所　感染症保健対策課　○○

℡．０４８－９７３－７５３１

1-29

結核接触者健診のお願い

御担当医　様

いつも結核予防事業の運営につきまして、迅速・丁寧な御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

この度、下記の結核登録患者と接触の機会があった方の健診実施について、御協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

Ⅰ　結核患者の状況

氏　　名	性別	年齢	診　　断
		歳	

排菌状況：喀痰塗抹（　）	呼吸器症状等：	最終接触時期
培養（　）		令和　年　月　日
PCR-TB（　）		

Ⅱ　接触者健康診断対象者

氏　名	続 柄	生年月日	性別	住　　所
		令和　年　月　日		越谷市

＜接触状況＞

＜検査内容＞

をお願いします。

越谷市保健所
感染症保健対策課
TEL　０４８－９７３－７５３１

様式第18－1号

所　長	副所長	担当部長	担当課長	係	感染症担当

次のとおり受診券を交付してよいか伺います。

保健所収受印

結核接触者健診受診券

受診券番号	

登録番号等		（　　）保健所依頼分	
交付年月日	令和　年　月　日	有効期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日
受診者氏名等		男・女	T.S.H.R　年　月　日生
受診者住所			
医療機関名		電話番号	
医療機関所在地		注意事項	
交付保健所	埼玉県　保健所長　印	担当者	
		電話番号	

〔医療機関の方へ〕

①「有効期間」を確認してください。有効期限切れの場合は、上記担当者あてご連絡ください。

②受診者にはこの受診券、医療機関あて情報提供書（厳封）、管理検診・接触者健診報酬請求書、管理検診・接触者健診報酬明細書、保険証、診察券（お持ちの場合）を持参の上、受診するよう伝えています。

③原則として、契約項目以外の検査は保険診療となります。

④受診翌月の10日までに、裏面の「受診結果（医師記入）」に必要事項を記入の上、管理検診・接触者健診報酬請求書、管理検診・接触者健診報酬明細書を添えて、保健所にご請求ください。

⑤受診後、更に精密検査が必要となった場合、医療が必要となった場合は、上記担当者あてお電話ください。

⑥この受診券は個人情報が含まれていますので、紛失には十分ご注意ください。

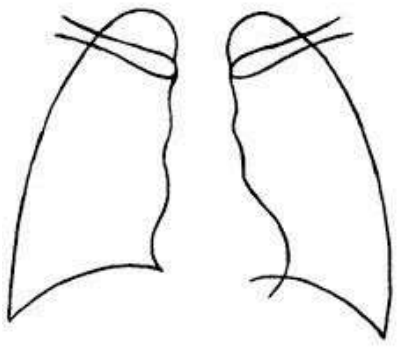
⑦その他、ご不明なことがありましたら、上記担当者あてお電話ください。

受 診 結 果（医師記入）

初診	年　月　日	再診	年　月　日	再診	年　月　日

QFT	採血	年　月　日	結果	陽性・陰性・判定保留・判定不可
	判定	年　月　日		（　　IU/mℓ）
T-SPOT	採血	年　月　日	結果	陽性・陰性・判定保留・判定不可
	判定	年　月　日		（　　スポット）
ツベルクリン反応	注射	年　月　日	結果	硬結長径（　×　）　二重発赤長径（　×　）
	判定	年　月　日		発赤長径（　×　）
				副反応（リンパ管炎・水疱・出血・壊死）

喀痰	採取	年　月　日	塗抹		判定	年　月　日
			培養		判定	年　月　日
			その他		判定	年　月　日

胸部エックス線検査	単純撮影	年　月　日	特殊撮影	年　月　日
				

総合判定

- ☐ 異常なし（所見なし）
- ☐ 異常なし扱い：結核病学会分類　（　Ⅳ型・Ⅴ型・　　）
- ☐ 結核要観察（＿＿か月後再検査）
- ☐ 結核要精密検査（所見：　　）
- ☐ 結核外要精密検査（所見：　　）
- ☐ 潜在性結核感染症要治療（当医療機関で治療　・他医療機関に紹介）
- ☐ 結核要治療：結核病学会分類　（　　）
- ☐ 結核外要治療：非結核性抗酸菌症、その他診断名（　　）

令和　年　月　日

医療機関名

医師氏名

様式第　号

接触者健診調査票　　採血日（令和年月日）　　No.

No.	フリガナ 氏　名		住所	〒
			連絡先	
1	性　別	＊女性の場合妊娠の有無：　無　・　有		
2	生年月日	年　月　日　（　歳）		
3	結核の治療（服薬）歴	無　・　有（　年　月～　年　月）		
4	１～５歳の場合 BCG 接種歴	無　・　有（　年　月　日）		
5	症　状	無　・　有（　激しい咳　・　頻回の咳　・　その他（　）		
6	免疫力に影響する疾患	無　・　有（　）		
7	初発患者の状況	肺結核(培養　＋　・ガフキー　号、±・１＋・２＋・３＋）、その他の結核（　）		
8	初発患者との関係 （接触場所）	家族（同居・別居）、同僚（病院・施設・学校・その他の事業所（　）、利用者（病院・施設・学校・その他の事業所（　））、友人、その他（　）		
9	初発患者との接触時期：（家族・友人等の長期接触者は初発患者登録時）	令和　年　月　日(最終接触日)		
10	本接触に対してのツ反	無　・　有　（　年　月　日） （硬結：　mm、発赤：　mm）		
11	健診優先度	最優先　・　優先　・　低優先 （＊最優先・優先は第一同心円、低優先は、第二同心円）		
12	これまでにＱＦＴ検査を受けたことの有無	無し　・有り　（令和　年　月　日）結果：		
備考	その他の既往歴			
	治療中の病気			

★追加事項

既往歴	今回を除く結核家族歴　　なし　・　あり 今回を除く結核患者との過去の接触歴　なし　・　あり ＢＣＧ接種歴　　なし　・　あり（接種痕　　個）	健康診断歴	最終ＸＰ 時期（　　） 場所（　　） 結果（　　） 健診の機会　あり・なし
その他	採血に際し、過去にトラブルはなかったか？　　なし　・　あり ありの場合　具体的に（　　） その時の対応（　　） 前日も当日もワーファリンやアスピリン等の内服をしていないか？　なし　・　あり タバコ　　歳～　　本／日		
★ 相談したいこと・心配なこと			
★ 備考			

区分：管内（登録番号　　）・依頼（依頼元:埼玉県春日部保健所　）

家族　・　接触者　→　個人　・　集団名（　　）

１回目　直後健診　・　１２週後健診　／　２回目

QFT（クォンティフェロン 4G）検査のご案内

結核は、結核菌を吸い込むことによって「**感染**」し、そのうち１０人に１～２人程度の方が主に１～２年の間に結核を「**発病**」するといわれています。
この「**感染**」を見つけることが、「**発病**」の**予防**や**早期発見**につながります。

◇ ＱＦＴ検査ってどんな検査？

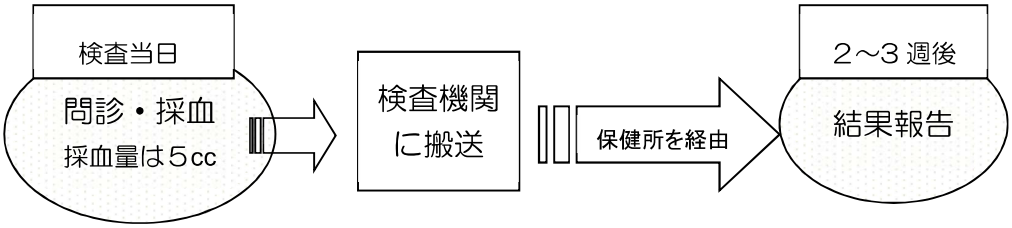
結核菌に「感染」しているかどうかを調べる血液検査です。
これまで結核の接触者健診はツベルクリン反応検査、胸部エックス線検査などを行っていましたが、QFT 検査という新しい検査により、これまでよりも正確な感染の可能性を判断することができるようになりました。

◇ 検査の対象となる人は？

おおむね６歳以上の方を対象とします。
５歳以下のお子さんはツベルクリン反応検査による感染のチェックをします。

◇ 検査の時期は？

最後の接触からおよそ１２週程度経過してから検査を実施します。
感染してから血液中に反応が現れるまでに、 １２週程度かかります。



◇ 検査の結果は？

「陰性」・「陽性」・「判定不可」のいずれかです。
年齢や個人の免疫低下にかかわる病気等により結果に影響を及ぼす場合があります。

○「陰性」の場合は・・・
感染している可能性は極めて低いことを意味します。**検査は終了**です。

○「判定不可」の場合は・・・
担当よりご説明いたします（１カ月後に再検査を受けていただくこともあります）。

○「陽性」の場合は・・・
専門医療機関をご紹介します。結核の「発病」の有無を胸部エックス線検査等でチェックします。胸部エックス線検査などで所見がなかった場合は、結核の「発病」を予防するための治療を検討します。

越谷市保健所　感染症保健対策課　　TEL０４８－９７３－７５３１

様式第46号

入院勧告・措置解除通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　様

保健所長　○○　○○　印

あなたに対する入院勧告・措置を下記のとおり解除します。

記

1　入院勧告・措置解除日
　令和　　年　　月　　日

2　解除すべき医療機関名

(H24)

様式第50号

就業制限解除通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○　印

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１８条第２項の規定による就業制限は、下記のとおり解除されましたので通知します。

記

１　感染症の名称

２　感染症の症状が消失したことの確認日時
（１）確認年月日　　令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時
（２）確 認 方 法

担当：
電話：

(H24)

1-34

〒

様

結核健康診断受診券の送付について

結核健康診断受診券をお送りいたします。

受診指定医療機関は下記のとおりです。あらかじめ受付時間等をご確認いただき、**健康保険証**をお持ちの上、受診してください。

また、受診の際には、結核健康診断であることをしっかり伝えた上で、同封の書類一式を封筒ごと受付にお出しください。

なお、受診券の有効期間は、１か月間ですので期間内にお受けください。

御都合がつかず、受診できなかった場合には、受診券を返却してください。

御不明な点がありましたら、下記担当まで御連絡ください。

よろしくお願いします。

記

１　医療機関

２　住　所

３　電　話

４　有効期間　　令和年月日から
　　令和年月日まで

越谷市保健所　感染症保健対策課　○○

℡．０４８－９７３－７５３１

結核管理検診のお願い

外来ご担当医　様

日頃より当所の結核予防事業の運営に御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。
このたび、下記の結核登録患者の管理検診（内服終了　　か月後）について、貴院にて実施していただきますよう、お願い申し上げます。

Ⅰ　結核患者様の状況

登録番号	氏名	診断	経過、治療状況等	その他
-		年　月　日登録		なし

[前回検査結果]
実施日：令和年月日

[検査内容]
胸部単純Ｘ線撮影（正面）

問合せ先：越谷市保健所
感染症保健対策課
ＴＥＬ：０４８－９７３－７５３１

様式第17－1号

所　長	副所長	担当部長	担当課長	係	感染症担当

次のとおり受診券を交付してよいか伺います。

保健所収受印

結核管理検診受診券

受診券番号	

登録番号等			
交付年月日	令和　年　月　日	有効期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日
受診者氏名等		男・女	T.S.H.R　年　月　日生
受診者住所			
医療機関名		電話番号	
医療機関所在地		注意事項	
交付保健所	埼玉県　保健所長　印	担当者	
		電話番号	

〔医療機関の方へ〕

①「有効期間」を確認してください。有効期限切れの場合は、上記担当者あてご連絡ください。

②受診者にはこの受診券、医療機関あて情報提供書（厳封）、管理検診・接触者健診報酬請求書、管理検診・接触者健診報酬明細書、保険証、診察券（お持ちの場合）を持参の上、受診するよう伝えています。

③原則として、契約項目以外の検査は保険診療となります。

④受診翌月の10日までに、裏面の「受診結果（医師記入）」に必要事項を記入の上、管理検診・接触者健診報酬請求書、管理検診・接触者健診報酬明細書を添えて、保健所にご請求ください。

⑤受診後、更に精密検査が必要となった場合、医療が必要となった場合は、上記担当者あてお電話ください。

⑥この受診券は個人情報が含まれていますので、紛失には十分ご注意ください。

⑦その他、ご不明なことがありましたら、上記担当者あてお電話ください。

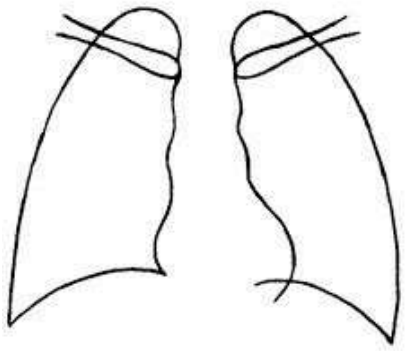
受 診 結 果（医師記入）

初診	年 月 日	再診	年 月 日	再診	年 月 日

喀痰	採取	年 月 日	塗抹		判定	年 月 日	
			培養		判定	年 月 日	
			その他		判定	年 月 日	
喀痰	採取	年 月 日	塗抹		判定	年 月 日	
			培養		判定	年 月 日	
喀痰	採取	年 月 日	塗抹		判定	年 月 日	
			培養		判定	年 月 日	

感受性試験※	INH 0.2		INH 1.0		RFP 40		SM 10	
	EB 2.5		KM 20		EVM 20		TH 20	
	CS 30		PAS 0.5		LVFX 1.0			

胸部エックス線検査	単純撮影	年 月 日	特殊撮影	年 月 日



総合判定	☐ 異常なし（所見なし） ☐ 異常なし扱い：結核病学会分類 （ Ⅳ型・Ⅴ型・ ） ☐ 結核要観察（____か月後再検査） ☐ 結核要精密検査（所見： ） ☐ 結核外要精密検査（所見： ） ☐ 結核要治療：結核病学会分類 （ ） ☐ 結核外要治療：非結核性抗酸菌症、その他診断名（ ）

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

様式第14－１号（通常）　　令和　　年　　月　　日

様

○○保健所　保健予防推進担当

お　た　ず　ね

あなたは　　年　　月ごろまで結核の治療をされていましたが、その後いかがですか。
保健所では結核の再発を予防し、健康な生活を送れるよう、治療後もご様子をおうかがいしています。適切に検診を受けて、異常がなければ保健所の登録も削除できます。
現在のご様子をうかがいたいと思いますので、あてはまる項目を○でかこんで、保健所へ　月　　日ごろまでに返送してください。

１　最近病院にかかったのはいつでしたか。
令和　　年　　月　　日　　、病院名　（　　）

２　その時何と言われましたか。
・治ったと言われた。　→　治療(服薬)終了日：令和　　年　　月　　日
・治療しなくてもよいが定期的にレントゲン検査等をうけるように言われた。
・治療するよう言われた。

３　最近レントゲン検査を受けましたか。
・受けた　→　時期：　令和　　年　　月　　日
場所：（病院、市町村の住民健診、職場や学校の定期健診、その他）
結果：　・異常なし　　・その他→（　　）
・受けていない

４　最近１年間レントゲン検査を受けていない方は病院で受けられますので、ご希望されるようでしたら教えてください。検査は無料です。
なお、日時の調整をしますので、連絡先もあわせて教えてください。
・病院で受けたい　→　希望する日時（　　）
◎　平日日中に都合のよい連絡先を記入してください。
電話　　（　　）

記入にご協力ありがとうございました。
結核は、治ったあとでも再発する可能性があり、油断できません。６か月に１回はレントゲン検査を受けましょう。とくに２週間以上せきや熱が続くときは注意しましょう。
また、保健所から病院に連絡することがありますので、ご了承ください。

連絡先：　○○保健所保健予防推進担当
電　話：

＊微細な加工修正（縁取りやフォント、保健所の住所記入）は自由ですが、これは様式標準例としてシンプルにしています。

(R1)

様式第14－２号（最終回の確認）

令和　　年　　月　　日

様

〇〇保健所　保健予防推進担当

お　た　ず　ね

その後の状況はいかがですか。
保健所では結核を完全に治して、健康な生活を送れるよう、治療後もご様子をおうかがいしています。適切に健診を受けて、異常がなければ保健所の登録も削除できます。
現在のご様子をうかがいたいと思いますので､あてはまる項目を〇で囲んで､保健所へ
　月　　日ごろまでに返送して下さい。

１　最近病院にかかったのはいつでしたか。
令和　　年　　月　　日　　、病院名　（　　）

２　その時何と言われましたか。
・治ったと言われた。
・治療しなくてもよいが、経過観察が必要だと言われた。
　→次回の受診予定　令和　　月　　日
・治療するよう言われた。
・その他　→（具体的に：

３　最近レントゲン検査を受けましたか。
・受けた　→　時期：　令和　　年　　月　　日
　　場所：（病院、市町村の住民健診、職場や学校の定期健診、その他）
　　結果：　・異常なし　　・その他→（　　）
・受けていない

４　最近の体調はどうですか。

記入にご協力ありがとうございました。

連絡先：　〇〇保健所保健予防推進担当
電　話：

(H23)

様式第14－３号（潜在性結核感染症の治療をされた方）

令和　　年　　月　　日

様

〇〇保健所　保健予防推進担当

お　た　ず　ね

あなたは　　年　　月ごろまで結核の発病予防のために薬を飲んだと思いますが、その後いかがですか。

現在のご様子をうかがいたいと思いますので、あてはまる項目を〇で囲んで、保健所へ　　月　　日ごろまでに返送して下さい。

１　結核について医師から何と言われましたか。

・薬を飲み終えたので、受診の必要はないと言われた。
　→　薬を飲み終えたのは　　年　　月　　日
・薬は飲まなくてよいが定期的にレントゲン検査等をうけるように言われた。
　→　次回　：　　月　　日
・治療するよう言われた。

２　治療中どのくらいの割合で飲めましたか。

・ほとんど忘れずに飲んだ
・週１～２回程度忘れた
・ほとんど飲んでいない

３　最近レントゲン検査を受けましたか。

・受けた　→　時期：　　年　　月　　日
　　場所：　（　　）
　　結果：　・異常なし　　・その他→（　　）
・受けていない

記入にご協力ありがとうございました。

治ったあとも、６か月に１回はレントゲン検査を受けましょう。とくに２週間以上せきや熱が続くときは医師に相談し、念のため結核の診察をしましょう。

連絡先：　〇〇保健所保健予防推進担当
電　話：

(H26)

日本・その他（国名：　　入国時期：　　）	日本・その他（国名：　　入
（　　）	（　　）
無・有［治療時期 治療内容］	無・有［治療時期 治療内容］
無・有（　　）	無・有（
無・有［時期　　IGRA・CX-P 結果：陰性、陽性、所見なし、所見あり、未受診］	無・有［時期　　IGRA・CX 結果：陰性、陽性、所見なし、
職業： 住所： 通勤手段：自家用車、電車、バス、 その他（　　）	職業： 住所： 通勤手段：自家用車、電車、バス、 その他（
職業： 住所：	職業： 住所：
職業： 住所：	職業： 住所：
職業： 住所：	職業： 住所：
学校名： 住所	学校名： 住所
施設名： 住所： 入所期間：	施設名： 住所： 入所期間：
内容： 活動人数： 活動頻度	内容： 活動人数： 活動頻度
（有・無） 事業所名： 住所	（有・無） 事業所名： 住所
病院名： 住所：	病院名： 住所：
病院名： 住所：	病院名： 住所：
病院名： 住所：	病院名： 住所：
店名： 住所：	店名： 住所：
店名： 住所：	店名： 住所：
店名： 住所：	店名： 住所：
店名： 住所：	店名： 住所：
店名： 住所：	店名： 住所：
店名： 住所：	店名： 住所：

２．帳票一覧 風疹患者支援

No	帳票名	種類	様式	備考
調査票の作成				
1	（添付1）患者臨床症状調査票	単票		
2	（添付2）患者行動調査票	単票		
3	（添付3）風疹接触者健康観察票 （案）	一覧		
4	麻しん風しん疑い患者調査票	一覧		
5	報告書	単票		
病原体検査				
6	検査票（病原体）	単票	●	別記様式第1号

2-1

（添付1）

風しん症例 基本情報・臨床情報調査票（案）

基本情報*　　ID＿＿＿＿＿＿

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：	
	調査日時　：　　年　　月　　日　　時	調査方法　：□面接　□電話　□その他（　　）	
2	調査回答者：□本人　□本人以外→氏名（　　）本人との関係（　　）		
	調査回答者連絡先：自宅電話：　　－　　－	携帯電話：　　－　　－	
3	診断分類　：　１）風しん（検査診断例）　２）風しん（臨床診断例）		
4	NESID登録ID：	5	患者居住地保健所：
6	届出医療機関名　　：	7	届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9	届出医療機関電話番号：　　－　　－
10	届出受理日時：　　年　　月　　日	11	届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13	届出受理担当者：
14	初診年月日：　　年　　月　　日	15	診断年月日：　　年　　月　　日
16	感染推定日：　　年　　月　　日	17	発病年月日：　　年　　月　　日
18	発熱出現日：　　年　　月　　日	19	発疹出現日：　　年　　月　　日

※3～19は発生届出票等より転記（4はNESIDへの登録後に記入）

20	患者氏名：	21	性別：　男　・　女
22	生年月日：　　年　月　日（　　歳　　ヶ月）		
	患者の妊娠の有無：　無　・　有（発病時の妊娠週数：　　週）		
	患者周囲の妊婦の有無：　無・有　[□家族　□職場　□学校　□医療機関（　　）　□その他（		
23	患者住所：		
24	患者電話番号：　　自宅：　　－　　－　　携帯：　　－　　－		
25	届出受理日現在の患者の主たる所在場所 □医療機関に入院中　□自宅　□勤務先・学校に通勤・通学中　□そ(所在地電話番号：		
26	職業・業種・学校（幼稚園・保育所等を含む）： 最終勤務・出席（勤）日（　　年　　月　　日）（児童・生徒の場合所属クラス・クラブ等詳細に記入すること） 勤務先／学校名　　： 勤務先／学校所在地： 勤務先／学校電話番号：　　－　　－		
27	本人以外（保護者等）の連絡先 氏名：　　本人との関係： 住所： 自宅：　　－　　－　　携帯：　　－　　－		

臨床経過等

28	症状　※必要に応じ時間や午前・午後等も記入			
	症状	有無	症状出現日/月	備考
	37.5度以上の発	有・無		最高体温　度　（　月　日）
	発疹	有・無		発疹出現部位　全身・体の一部［頭部・体幹部・四肢・他（　）］
	リンパ節腫脹	有・無		部位　［後頭部・耳介後部・その他（　）］
	その他（　）			
	その他（　）			
29	発病年月日時間(聞き取り調査による)　年　月　日　午前・午後　時　頃			
30	診断までの経過・基礎疾患・特記事項等			
31	合併症　□なし　□あり（診断名；　診断日　年　月　日） （血小板減少性紫斑病・脳炎等）　（診断名；　診断日　年　月　日）			
32	入院：　□なし　□あり　入院医療機関名： 診療科名：　主治医名　： 入院医療機関所在地：　電話： 入院日：　年　月　日　退院日：　年　月　日　死亡日：　年　月　日			
33	転帰：　外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり*・死亡*・風しんを否定(下記診断名記入) ＊ 後遺症・死亡に関する具体的情報（状態・診断名、死因など） 最終診断名（風しん否定時）			
34	風しん罹患歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい） □あり　□なし　□不明 年齢：　歳、診断日：　年　月　日、医療機関名 検査診断の有無　□あり　□なし 母子健康手帳等による確認：　□あり　□なし			
35	風しん含有ワクチン接種歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい） 1回目　□あり □なし　□不明、 ワクチンの種類（風しん単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明 ） 年齢（　歳）　接種年月日（　年　月　日 ・ 不明 ） 製造会社 / Lot番号（　/　・ 不明） 母子健康手帳等による確認：　□あり　□なし			
	2回目　□あり□なし　□不明、 ワクチンの種類（ 風しん単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明 ） 年齢（　歳）　接種年月日（　年　月　日 ・ 不明 ） 製造会社 / Lot番号（　/　・ 不明） 母子健康手帳等による確認：　□あり　□なし			

風しん特異的検査結果

		検体材料	検体採取日	結果	結果判定日	検査実施施設
36	ウイルス遺伝子検査 □実施　（PCR） □未実施	咽頭拭い液	年　月　日		年　月　日	
		血液	年　月　日		年　月　日	
		尿	年　月　日		年　月　日	
			年　月　日		年　月　日	
37	ウイルス分離同定 □実施 □未実施	咽頭拭い液	年　月　日		年　月　日	
		血液	年　月　日		年　月　日	
		尿	年　月　日		年　月　日	
			年　月　日		年　月　日	
	遺伝子型特定 □実施　□未実施	遺伝子型				

		検査の種類・方法	検体採取日	結果（判定のみならず、抗体価も記載）
38	血清抗体検査 EIA法 □実施 □未実施	IgM	年　月　日 年　月　日	
		IgG	年　月　日 年　月　日	
			年　月　日 年　月　日	
39	血清抗体検査 HI法等 □実施 □未実施	HI	年　月　日 年　月　日	
			年　月　日 年　月　日	

		検査法	検体採取日	結果
40	追加・その他		年　月　日 年　月　日	
			年　月　日 年　月　日	

41　風しんが否定された場合の、風しん以外の病原体検査結果
（麻しんウイルス、　ヒトパルボウイルスB19、　HHV-6、　HHV-7、　デングウイルス等）

病原体名	検査種類（検体名）	検体採取日	結果
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	

自由記載欄

2-2

（添付２）

風しん症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査用紙（感染源・患者を有する集団調査用）（案）

NESID登録ID：　　患者氏名：

☆感染源・患者を有する集団に係る行動調査（発症初日の３週間前から風しん患者として対応されるまでの期間の旅行歴・接触歴に関連した行動等）

1	発症前における風しん患者との接触	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（感染源調査用）に記入
2	海外渡航歴	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（感染源調査用かもしくは接触者調査用）に記入 ●渡航地やフライト情報等、行動調査票に記入しきれない詳細について以下の〔　〕内に記入する 〔
3	国内旅行歴	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（感染源調査用かもしくは接触者調査用）に記入 ●旅行地や交通手段の詳細等、行動調査票に記入しきれない必要項目について以下の〔　〕内に記入する 〔
4	当該患者の感染可能期間内における自宅内での接触	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（接触者調査用）に記入
5	当該患者の感染可能期間内における学校・職場での接触	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（接触者調査用）に記入
6	当該患者の感染可能期間内におけるクラブ・サークル活動での接触	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（接触者調査用）に記入
7	当該患者の感染可能期間内における塾・習い事での接触	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（接触者調査用）に記入
8	その他、本症例の感染可能期間内における、患者と濃厚な接触がある場所（スポーツ大会、医療機関など）での接触	□あり　□なし　□不明 ありの場合は詳細を行動調査票（接触者調査用）に記入 ●ありの場合の行動調査票に記入しきれない必要項目記入欄 〔　〕

●備考欄

2-3

風疹接触者健康観察票 （案）

（添付３）

風疹患者との最終接触日時：　　年　　月　　日　　時頃

最終接触より	日付	測定時間	体温	症状	確認者
0日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
1日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
2日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
3日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
4日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
5日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
6日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
7日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
8日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
9日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
10日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
11日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
12日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
13日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
14日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
15日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
16日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
17日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
18日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
19日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
20日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	
21日	/	:	. ℃	なし・発熱・発疹・リンパ節腫脹	

2-4

麻しん・風しん疑い患者調査票

報告受理日： 月 日	検体採取日： 月 日	検体発送日： 月 日			
記録者氏名：	記録年月日： 年 月 日（ ）				

▽ 患者について

氏名（ふりがな）・性別	（ 男 ・ 女 ）		
生年月日（年齢）	ＳＨＲ 年 月 日（ ）		
住 所 地			
所 在 地			
電 話			

▽ 症状について

症 状	/	/	/	/	/	/	/	/
発熱※								
発疹※								
咳								
鼻水								
くしゃみ								
倦怠感								
コプリック班								
目の充血								
目やに								
まぶしさ								
リンパ節腫脹								
関節痛								
外 来								
入 院								
出勤（登校）								

※「発熱」欄は当日の最高温度を記入　　※「発疹」欄は発疹部位を記入

▽ 職業について

□なし □不明 □あり（以下のとおり） ※生徒・学生等については学校名等を記入

会 社 名			
所 在 地			
電 話		従業員数	
交通手段		最終出勤日	月 日

▽ ワクチン接種歴

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

１回目接種	年　月　日	□単独　□ＭＲ　□ＭＭＲ
２回目接種	年　月　日	□単独　□ＭＲ　□ＭＭＲ

▽ 麻しんり患歴

□なし　□不明　□あり（　　歳時）

▽ 家族について

氏　名	続　柄	年　齢	職業	症状の有無

▽ 主な行動歴　過去１か月の旅行について

海外旅行の有無

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

旅行先		期　間	
同行者		同行者症状	

海外旅行の有無

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

旅行先		期　間	
同行者		同行者症状	

▽ 医療機関での検査

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

麻しんＩｇＭ		麻しんＩｇＧ	

▽ その他特記情報　症状出現後に不特定多数との接触等

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

越谷市保健所　感染症Ｇ

2-5

感染症(疾患名　　)発生事案に関する報告

把握した状況 (探知)			対応者	
患者の情報	氏名		生年月日	S･H･R　年　月　日(　歳)
	居所		連絡先	電話: 携帯:
	住所			
	職業		具体的な 業務内容	例:食品取扱の有無等
家族の情報 (含:同居人) ペットの有無				
保健所 の 対応経過				
確認事項	接触者	(世帯内外同居者･旅行等同行者･友人　等)		
	勤務先で の 状況	(例:保健所かかわり前までの排便有無　シャワーを使う業務　等)		
	行動歴			
	現在の症状			
指導事項	就業制限 消毒命令			
	疾患の説明			
	生活上 の 注意			
今後について	陰性確認			
	検体回収			
その他　(例:菌株譲渡　等)				

2-6

別記様式１第１号

保健所コード	西　暦	ＩＤ	衛研受付番号	病原体定点コード
□□□□□□□□	□□□□	□□□－□□□□	□□□□□□	□□□□

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症（別記様式第２号から様式第６号に該当する感染症を除く）、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）

患者	性　別	（　男　・　女　）
	年　齢	（　歳　カ月）

全数報告疾患の場合
感染症発生動向調査ｼｽﾃﾑ報告ＩＤ:

定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。
ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ定点・小児科定点・眼科定点・基幹定点

［主治医等記載欄］

医療機関等名及び主治医等医師名		検体識別記号等	
検体送付日	年　月　日	分離株（□無・□有・□検査中）	
診断名	【定常調査報告分類】 □ＲＳウイルス感染症　□咽頭結膜熱　□感染性胃腸炎　□手足口病　□ヘルパンギーナ □定常調査対象外（　　） ※診断名を記載		
発病日	年　月　日		
検査材料 採取年月日	年　月　日		
検査材料 材料の種類（該当する□にチェックを入れてください）	□ふん便（□直腸内容物　□腸ぬぐい液） □喀痰　□気管吸引液　□うがい液 □咽頭ぬぐい液　□鼻汁　□鼻腔拭い液 □結膜ぬぐい液　□結膜擦過物　□眼脂 □血液（□全血　□血清　□血漿） （抗凝固剤：　）	□髄液　□尿　□吐物 □穿刺液（□腹水　□胸水　□関節液　□その他） □皮膚病巣（□水疱内容　□痂皮　□創傷） □細胞診　□生検材料　□剖検材料（臓器：　） □その他（　）	
臨床的事項 臨床症状・徴候等（該当するものすべての□にチェックを入れてください（基礎疾患を除く））	□無症状 □頭痛　□発熱（最高体温：　℃） □熱性けいれん □関節痛(炎)　□筋肉痛（筋炎） □上気道炎（□咽頭炎(痛)　□気扁桃炎） □下気道炎（□肺炎　□気管支炎） □発疹（□丘疹　□紅斑　□バラ疹） □水疱　□口内炎 □リンパ節腫脹 □唾液腺腫脹（□耳下腺炎　□顎下腺炎） □その他の症状（　）	□胃腸炎（□下痢　□血便　□嘔気　□嘔吐　□腹痛） □角膜炎　□結膜炎　□角結膜炎 □意識障害　□麻痺（全身性、中枢神経性のもの） □髄膜炎（頸部硬直）　□脳炎　□脳症　□脊髄炎 □循環器障害（□心筋炎　□心膜炎　□心不全） □黄疸　□肝機能障害　□HUS □腎機能障害（□血尿　□乏尿　□蛋白尿　□多尿　□腎不全） □尿路生殖器症状（　） □出血傾向（全身性のもの） □ショック症状（□低血圧　□循環不全）	
基礎疾患			
転帰	□経過観察中　□軽快　□治癒　□後遺症有り　□死亡（原因　）		
外来・入院の別	□外来　□入院		

主治医等からの埼玉県衛生研究所への連絡事項

＊インフルエンザ迅速キット使用（□無　□有　：メーカー名[　]
：判定結果　□陰性　□陽性[□Ａ　□Ｂ]　□保留）

＊抗インフルエンザ薬投与（□無　□有　：薬剤名[　]
投与開始日　年　月　日[□予防投与　□治療投与）
投与終了日　年　月　日

［主治医等記載事欄］（保健所記載可）

発生の状況	発生市区町村（　　）	
	□散発　□地域流行　□家族内発生　□集団発生 集団発生の場所：□保育所　□幼稚園　□小学校　□中学校　□高校　□大学　□宿舎、寮　□病院 □老人ホーム（介護施設を含む）□福祉（養護）施設　□旅館、ホテル　□飲食店　□事業所 □海外ツアー　□国内ツアー　□その他（　　）	
最近の海外渡航歴	有　無	□無・□有（国名：　　）
	期　間	年　月　日　～　年　月　日
ワクチン接種歴	（無　・　有　・　不明）	
	ワクチン名　　(Lot No　　)　最近の接種年月日　年　月　日	

［埼玉県衛生研究所記載欄］

記載者名		
抗体検出　方法	（蛍光、ＩＰ、ＥＬＩＳＡ、ＣＦ、ＨＩ、ＰＡ、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他　　）	
結果	（　　）	
病原体検出	検出年月日	令和　年　月　日
	検出方法	・分離培養　（培養細胞：細胞名［下記のとおり　　］ 人工培地、発育鶏卵、動物、その他　　） ・抗原検出等（蛍光、ＥＩＡ、ＲＰＨＡ、ＰＡ、ＩＣ（イムノクロマト）、凝集反応、その他　　） ・遺伝子検出 1.非増幅（ハイブリ、ＰＡＧＥ、その他［　　］） 2.増幅（ＰＣＲ、リアルタイムＰＣＲ、ＰＣＲ+シークエンス、ＬＡＭＰ、その他［　　］） ・鏡顕　　・電顕
	検出病原体（群、型、亜型）	

［その他特記事項］

注1）主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注2）診断名については、該当する疾患にチェックを入れてください。「定常調査対象外」にチェックした場合は、必ず（　）内に該当する診断名を記載してください。

注3）ワクチン接種歴については、当該疾患に係わるものにつき記載して下さい。

注4）1類、2類、3類感染症及び4類全数把握感染症について、医療機関（民間検査所を含む）で病原体を分離した場合は、可能な範囲内で埼玉県衛生研究所への分離株等の送付をお願いします。

3．帳票一覧 麻疹患者支援

No	帳票名	種類	様式	備考
調査票の作成				
1	（添付1）麻疹症例 基本情報・臨床情報調査票	単票		
2	（添付2）麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票	一覧		
3	（添付3）麻疹接触者調査票	単票		
4	（添付4）体温記録用紙	一覧		
4	麻しん風しん疑い患者調査票	一覧		
5	報告書	単票		
6	麻しん疫学調査票	単票		
7	経過表	単票		
病原体検査				
8	検査票（病原体）	単票	●	別記様式第1号

3-1

（添付1）

麻しん症例 基本情報・臨床情報調査票（案）

ID

基本情報*

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：	
	調査日時　：　　年　　月　　日　　時	調査方法　：□面接　□電話　□その他（　　）	
2	調査回答者：□本人　□本人以外→氏名（　　）本人との関係（　　）		
	調査回答者連絡先：自宅電話：　　－　　－	携帯電話：　　－　　－	
3	診断分類　：　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	感染症発生届受理番号：	5	患者居住地保健所：
6	届出医療機関名　　：	7	届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9	届出医療機関電話番号：　　－　　－
10	届出受理日時：　　年　　月　　日	11	届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13	届出受理担当者：
14	初診年月日：　　年　　月　　日	15	診断年月日：　　年　　月　　日
16	感染推定日：　　年　　月　　日	17	発病年月日：　　年　　月　　日

*3～17は発生届出票等より転記

18	患者氏名：	19	性別：　男　・　女	20	生年月日：　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）
21	患者住所：				
22	患者電話番号：　　自宅：　　－　　－		携帯：　　－　　－		
23	届出受理日現在の患者の主たる所在場所 □医療機関　□自宅　□勤務先・学校　□その他（　　）□:所在地電話番号：				
24	職業・業種・学校（幼稚園・保育園等を含む）： 最終勤務・出席（勤）日（　　年　　月　　日）（児童・生徒の場合所属クラス・クラブ等詳細に記入すること） 勤務先／学校名　　： 勤務先／学校所在地： 勤務先／学校電話番号：　　－　　－				
26	本人以外（保護者等）の連絡先 氏名：　　本人との関係： 住所： 自宅：　　－　　－　　携帯：　　－　　－				

臨床経過等

25 症状　必要に応じ時間や午前・午後等も記入

症状等＼月日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	備考
37.5度以上の発熱	有・無															最高体温　度（　月　日）
咳嗽	有・無															
鼻汁	有・無															
結膜充血	有・無															
コプリック斑	有・無															
発疹（頭部・体部・四肢・全身）	有・無															
色素沈着	有・無															
その他（　　）	有・無															
その他（　　）	有・無															
治療	有・無															
入院	有・無															

26 発病年月日時間（聞き取り調査による）　年　月　日　午前・午後　時　頃

27 診断までの経過・基礎疾患・特記事項等

28 合併症　□なし　□あり　（診断名；　診断日　年　月　日）
（肺炎・中耳炎・心筋炎・脳炎等）　（診断名；　診断日　年　月　日）

29 入院：　□なし　□あり　入院医療機関名：
診療科名：　主治医名　：
入院医療機関所在地：　電話：
入院日：　年　月　日　退院日：　年　月　日　死亡日：　年　月　日

30 転帰：　外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり*・死亡*・麻しんを否定（下記診断名記入）
＊ 後遺症・死亡に関する具体的情報（状態・診断名、死因など）

最終診断名（麻疹否定時）

31 麻しん罹患歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい）
□あり　□なし　□不明
年齢：　歳、診断日：　年　月　日、医療機関名
検査診断の有無　□あり　□なし
母子健康手帳等による確認：　□あり　□なし

32 麻しん含有ワクチン接種歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい）

1回目　□あり　□なし　□不明、
ワクチンの種類（ 麻しん単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明 ）
年齢（　歳）　接種年月日（　年　月　日 ・ 不明 ）
製造会社 / Lot番号（　/　・ 不明）
母子健康手帳等による確認：　□あり　□なし

2回目　□あり□なし　□不明、
ワクチンの種類（ 麻しん単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明 ）
年齢（　歳）　接種年月日（　年　月　日 ・ 不明 ）
製造会社 / Lot番号（　/　・ 不明）
母子健康手帳等による確認：　□あり　□なし

3-1

（別紙行動調査票も使用のこと）

感染源・接触者に係る行動調査（*発熱初日の2週間前から解熱後3日後までの期間*の旅行歴・接触歴等）

33	麻疹罹患者との接触　□あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （いつ・どこで・だれと　）
34	海外渡航歴　□あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （渡航日・渡航地・フライト情報等　）
35	国内旅行歴　□あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （旅行日・旅行地等　）
36	家庭　□あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （いつ・どこで・だれと　） （いつ・どこで・だれと　）
37	学校・職場　□あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （いつ・どこで・だれと　） （いつ・どこで・だれと　）
38	クラブ・サークル活動　□あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （いつ・どこで・だれと　） （いつ・どこで・だれと　）
39	塾・習い事　□あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （いつ・どこで・だれと　） （いつ・どこで・だれと　）
40	その他人の多く集まる場所（ゲームセンター・カラオケ・ショッピングセンター・催し物会場・コンサート・医療機関など） □あり（別紙も記入）　□なし　□不明 （いつ・どこで・だれと　） （いつ・どこで・だれと　） （いつ・どこで・だれと　）

41	（推定）感染源（　）
42	同居者（別紙接触者調査票も使用）

氏名	続柄（関係）	年齢	性別	今回の麻疹罹患歴	今回罹患した場合		過去の麻疹罹患歴	麻疹予防接種歴	接種年齢（年月日）
					発熱出現日	発疹出現日			

43	接触者（同居者除く）（別紙接触者調査票も使用）

氏名	関係	年齢	性別	今回の麻疹罹患歴	今回罹患した場合		過去の麻疹罹患歴	麻疹予防接種歴	接種年齢（年月日）
					発熱出現日	発疹出現日			

自由記載

麻しん特異的検査結果

		検体材料	検体採取日	結果	結果判定日	検査実施施設
44	ウイルス遺伝子検査 □実施（PCR・LAMP） □未実施	血液 咽頭 尿 	年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日		年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日	
45	ウイルス分離同定 □実施 □未実施	血液 咽頭 尿 	年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日		年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日	

		検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
46	血清抗体検査 EIA □実施 □未実施	IgM IgG IgM IgG IgM IgG	採取：　年　月　日 判定：　年　月　日 採取：　年　月　日 判定：　年　月　日 採取：　年　月　日 判定：　年　月　日		
47	血清抗体検査 PA、NT、HI等 □実施 □未実施	 	採取：　年　月　日 判定：　年　月　日 採取：　年　月　日 判定：　年　月　日 採取：　年　月　日 判定：　年　月　日		

		検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
48	追加・その他	 	採取：　年　月　日 判定：　年　月　日 採取：　年　月　日 判定：　年　月　日 採取：　年　月　日 判定：　年　月　日		

49 麻しんが否定された場合の、麻しん以外の病原体検査結果

風疹ウイルス

ウイルス遺伝子検査　未実施 ・ 実施（　年　月　日）　結果（　）

ウイルス分離同定　未実施 ・ 実施（　年　月　日）　結果（　）

血清抗体検査：　EIA・HI　未実施 ・ 実施（　年　月　日）　結果（　）

EIA・HI　未実施 ・ 実施（　年　月　日）　結果（　）

EIA・HI　未実施 ・ 実施（　年　月　日）　結果（　）

その他検査（　）　未実施 ・ 実施（　年　月　日）　結果（　）

その他の病原体検査結果

病原体名	検査種類	実施日	結果
		年　月　日	
		年　月　日	

自由記載欄

（添付２）

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（発症前遡り用）（案）

感染症発生届受理番号：　　患者氏名：

☆麻疹発症から7～15日前に、麻疹の流行地域（海外も含む）へ滞在したかまたは麻疹発症者かもしくは発症が疑われる者との接触があった場合には、以下に記入すること

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名（住所・連絡先・窓口等）	行動と接触状況	確認のための問い合わせ先	備考
記載例	5/X	10時～15時頃	○○○体育館 ○○県□□市△町… TEL： 000-000-0000	バスケットボールの県大会に参加していたが、参加していたA高等学校の生徒で後日麻疹と診断された生徒がいた。直接の接触はなかったが、当日はずっと同じ体育館内にいた。	A高等学校 TEL： XXX-XXX-XXXX	
（　　）日前	/					
（　　）日前	/					
（　　）日前	/					
（　　）日前	/					

関連事項自由記載欄：

3-2

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（接触者調査用）（案）

感染症発生届受理番号：　　患者氏名：

☆原則として、患者が診断されて麻疹患者として対応される直前までの行動について記載する。また、患者と同室であったり会話した者のうち、連絡や問い合わせが可能である者を優先的に記述する。

発症日より	日付	時刻	同居者以外の者との接触状況	接触場所	接触者氏名※	接触者の連絡先	備考
記載例	6/Y	9時～12時 13時30分～15時頃	①職場に出勤し、所属する営業2課の同僚と接触 ②取引先に移動し、応対した社員等と接触	①○○物産株式会社 TEL：000-000-0000 ②○×貿易株式会社 TEL：999-999-9999	①○○太郎、□□花子、△△次郎 ②○×部長、△□主任	①は全て○○物産株式会社 ②は全て○×貿易株式会社	
発症1日前	/						
発症日	/						
発症1日後	/						
発症2日後	/						
発症3日後	/						
発症4日後	/						
発症（　）日後	/						
発症（　）日後	/						

※接触者数が多数となる場合は、裏面の自由記載欄も活用して記載すること。判明した接触者については、接触者調査票を用いて調査を開始する。

（添付３）

麻疹接触者調査票（案）

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：
	調査日時：　　年　　月　　日　　時	調査方法：□面接　□電話　□その他（　　）

2	接触者番号：	3	接触者居住地保健所：
4	接触患者発生届受理番号：	5	患者居住地保健所：

回答者情報

6	調査回答者：□本人　□本人以外→本人との関係（　　）
7	回答者氏名：
8	回答者住所：
9	回答者電話番号：　自宅：　　－　　－　　携帯：　　－　　－

接触者詳細

10	氏名　　：	11	性別：	12	患者との関係：
13	生年月日：ＭＴＳＨ　　年　　月　　日	14	年齢：		
15	住所　　：				
16	電話番号：　　自宅：　　－　　－　　携帯：　　－　　－				
17	職業(勤務先)：				
18	麻疹罹患歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい） □なし　□不明　　母子手帳による確認：　□あり　□なし □あり　年齢：　　歳、診断日：　　年　　月　　日、医療機関名				
19	麻しん含有ワクチン接種歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい） 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）				
20	患者との接触状況（日付、場所、接触内容を記載）				

接触者の調査時の状態（必須記載）

21	体温：（　　℃）→　37.5℃以上の発熱　□なし　□あり
22	カタル症状：　□なし　□あり：咳嗽・鼻汁・結膜充血・その他（　　）
23	発疹：　□なし　□あり：頭部・体部・四肢・全身
24	上記以外の症状：　□なし　□あり 症状（　　）

医療機関受診　　□なし
□あり　医療機関名（　　電話　　）　主治医（　　）
診断名
検査：□なし　□あり：ウイルス培養・血液検査

3-3

麻疹接触者モニタリング票（案）

接触者番号：　　氏名：
麻疹患者との最終接触日時：　　年　　月　　日　　時ごろ

最終接触より	日付	連絡手段	測定時間	体温	カタル症状	発疹	確認者
０日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
２日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
３日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
４日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
５日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
６日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
７日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
８日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
９日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１０日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１１日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１２日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１３日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１４日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１５日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１６日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１７日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１８日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
１９日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
２０日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
２１日	／		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	

連絡先：自宅：　　－　　－　　担当者名：
携帯：　　－　　－

（添付４）

体　温　記　録　用　紙（案）

＊麻疹の潜伏期間はおおむね14日以内、最長でも３週間といわれています。
＊本記録用紙は、接触があった日から14日間以内の発熱、カタル症状（咳・鼻汁・目の充血）、発疹（頭・体・手足）などの症状と健康状態を自己チェックしていただくために作成いたしました。
＊毎朝、自宅を出る前などに体温測定と、カタル症状や発疹の有無などのチェックをお願いします。
＊無症状であれば、接触があった日から14日間についても平常通りの生活が可能です。ただし、できるだけ外出などは控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行っていただくことをお願いいたします。もし気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健所・保健センターあるいは医療機関へご連絡ください。

接触者番号：　　住所：

氏名：　　自宅電話：　　－　　－　　携帯電話：　　－　　－

麻疹患者との最終接触日時：　　年　　月　　日　　時ごろ

最終接触より	日付	測定時間	体温（℃）	症状（咳・鼻汁・目の充血・発疹等）	備考欄（行先等）
０日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
２日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
３日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
４日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
５日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
６日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
７日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
８日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
９日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１０日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１１日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１２日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１３日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１４日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１５日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１６日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１７日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１８日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
１９日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
２０日	月　日	:		□なし □あり（　　）	
２１日	月　日	:		□なし □あり（　　）	

問い合わせ・連絡先　保健所名：　　担当者：

所在地　：

電話番号：　　－　　－　　ＦＡＸ：　　－　　－

麻しん・風しん疑い患者調査票

報告受理日： 月 日	検体採取日： 月 日	検体発送日： 月 日			
記録者氏名：	記録年月日： 年 月 日（ ）				

▽ 患者について

氏名（ふりがな）・性別	（ 男 ・ 女 ）		
生年月日（年齢）	ＳＨＲ 年 月 日（ ）		
住 所 地			
所 在 地			
電 話			

▽ 症状について

症 状	/	/	/	/	/	/	/	/
発熱※								
発疹※								
咳								
鼻水								
くしゃみ								
倦怠感								
コプリック班								
目の充血								
目やに								
まぶしさ								
リンパ節腫脹								
関節痛								
外 来								
入 院								
出勤（登校）								

※「発熱」欄は当日の最高温度を記入　　※「発疹」欄は発疹部位を記入

▽ 職業について

□なし □不明 □あり（以下のとおり） ※生徒・学生等については学校名等を記入

会 社 名			
所 在 地			
電 話		従業員数	
交通手段		最終出勤日	月 日

▽ ワクチン接種歴

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

１回目接種	年　月　日	□単独　□ＭＲ　□ＭＭＲ
２回目接種	年　月　日	□単独　□ＭＲ　□ＭＭＲ

▽ 麻しんり患歴

□なし　□不明　□あり（　　歳時）

▽ 家族について

氏　名	続　柄	年　齢	職業	症状の有無

▽ 主な行動歴　過去１か月の旅行について

海外旅行の有無

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

旅行先		期　間	
同行者		同行者症状	

海外旅行の有無

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

旅行先		期　間	
同行者		同行者症状	

▽ 医療機関での検査

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

麻しんＩｇＭ		麻しんＩｇＧ	

▽ その他特記情報　症状出現後に不特定多数との接触等

□なし　□不明　□あり（以下のとおり）

越谷市保健所　感染症Ｇ

3-6

感染症(疾患名　　)発生事案に関する報告

把握した状況 (探知)			対応者	
患者の情報	氏名		生年月日	S･H･R　年　月　日(　歳)
	居所		連絡先	電話: 携帯:
	住所			
	職業		具体的な 業務内容	例:食品取扱の有無等
家族の情報 (含:同居人) ペットの有無				
保健所 の 対応経過				
確認事項	接触者	(世帯内外同居者･旅行等同行者･友人　等)		
	勤務先で の 状況	(例:保健所かかわり前までの排便有無　シャワーを使う業務　等)		
	行動歴			
	現在の症状			
指導事項	就業制限 消毒命令			
	疾患の説明			
	生活上 の 注意			
今後について	陰性確認			
	検体回収			
その他　(例:菌株譲渡　等)				

3-6

麻しん　疫学調査票

NESID ID	

保健所	越谷市保健所	記入者		記入日	年 月 日

氏名 またはイニシャル		年齢	歳	性別		使用 言語	
住所						連絡先	
診断分類	☐麻しん（検査診断例）　☐麻しん（臨床診断例）　☐修飾麻しん（検査診断例）						
自由記載	住所・医療機関名・連絡先など必要に応じて記載						

検査情報	医療機関実施分	☐IgM抗体（数値：　）	☐その他（　）
	衛生検査課実施分		
	検体の種類	☐咽頭拭い液　☐尿　☐血液（全血）	
	採取/結果判明日	/	PCR結果　☐陰性　☐陽性（遺伝子型：　）

患者情報	発症日		症状	☐発熱 ☐発疹 ☐咳、鼻汁、結膜充血等のカタル症状 ☑コプリック斑 ☐その他（　）
	現在の状況	☐入院（☐重症 ☐軽症　）☐外来 ☐死亡 ☐その他（　）		
	麻しん罹患歴	☐無 ☐有 歳	ワクチン接種歴	1回目 ☐無 ☐有（接種年月日：　） ☐不明 2回目 ☐無 ☐有（接種年月日：　） ☐不明
	同居	☐無 ☐有（構成：　）		
	渡航歴	☐無 ☐有（国名：　）（期間：　）		
	感染源情報	☐不明 ☐有（　）		
	自由記載	家族構成、基礎疾患など必要に応じて記載		

所属 （職業、学校等）	所属情報	名称		業務内容 （本人・職場）	
		担当者		連絡先	
		状況・体制	所属内の類似症状者（☐無 ☐有（患者との関連：　）） 発症前日から診断日までに実施したイベント（☐無 ☐有（　））		
		実施した対策	☐ワクチン緊急接種 ☐γグロブリンの投与 ☐健康観察（　/　まで） ☐関係者への注意喚起 ☐その他（　）		
		自由記載	住所・連絡先・最終出勤日など必要に応じて記載		

調査結果	今後の調査方針、終息・対応終了の目安などを記載 対応終了日：　年　月　日

麻しん症例　経過表

聞き取りポイント	発症日より	日付	症状	行動状況
【潜伏期間】 発症10～12日前 麻しん患者との接触、 麻しん流行地域へ	14日前			
	13日前			
	12日前			
	11日前			
	10日前			
	9日前			
	8日前			
	7日前			
	6日前			
	5日前			
	4日前			
	3日前			
	2日前			
	1日前			
発熱した日	発症日			
【感染可能期間】 発病1日前から解熱後3日間を経過するまで （発疹が出現する4日前から発疹出現後4～5日	1日後			
	2日後			
	3日後			
	4日後			
	5日後			
	6日後			
	7日後			
	8日後			
	9日後			
	10日後			
	11日後			
	12日後			
	13日後			
	14日後			

【典型症状】
・発熱（37.5℃以上）
・咳　　・鼻汁
・結膜充血
・コプリック斑
・発疹（頭部、体部、四肢、全身）
・色素沈着　　等

【合併症】

自由記載

3-8

別記様式１第１号

保健所コード	西　暦	ＩＤ	衛研受付番号	病原体定点コード
□□□□□□□□	□□□□	□□□－□□□□	□□□□□□	□□□□

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症（別記様式第２号から様式第６号に該当する感染症を除く）、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）

患者	性　別	（　男　・　女　）
	年　齢	（　歳　カ月）

全数報告疾患の場合
感染症発生動向調査ｼｽﾃﾑ報告ＩＤ:

定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。
ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ定点・小児科定点・眼科定点・基幹定点

［主治医等記載欄］

医療機関等名及び主治医等医師名		検体識別記号等	
検体送付日	年　月　日	分離株（□無・□有・□検査中）	
診断名	【定常調査報告分類】 □ＲＳウイルス感染症　□咽頭結膜熱　□感染性胃腸炎　□手足口病　□ヘルパンギーナ □定常調査対象外（　　） ※診断名を記載		
発病日	年　月　日		
検査材料 採取年月日	年　月　日		
検査材料 材料の種類（該当する□にチェックを入れてください）	□ふん便（□直腸内容物　□腸ぬぐい液） □喀痰　□気管吸引液　□うがい液 □咽頭ぬぐい液　□鼻汁　□鼻腔拭い液 □結膜ぬぐい液　□結膜擦過物　□眼脂 □血液（□全血　□血清　□血漿） （抗凝固剤：　）	□髄液　□尿　□吐物 □穿刺液（□腹水　□胸水　□関節液　□その他） □皮膚病巣（□水疱内容　□痂皮　□創傷） □細胞診　□生検材料　□剖検材料（臓器：　） □その他（　）	
臨床的事項 臨床症状・徴候等（該当するものすべての□にチェックを入れてください（基礎疾患を除く））	□無症状 □頭痛　□発熱（最高体温：　℃） □熱性けいれん □関節痛(炎)　□筋肉痛（筋炎） □上気道炎（□咽頭炎(痛)　□気扁桃炎） □下気道炎（□肺炎　□気管支炎） □発疹（□丘疹　□紅斑　□バラ疹） □水疱　□口内炎 □リンパ節腫脹 □唾液腺腫脹（□耳下腺炎　□顎下腺炎） □その他の症状（　）	□胃腸炎（□下痢　□血便　□嘔気　□嘔吐　□腹痛） □角膜炎　□結膜炎　□角結膜炎 □意識障害　□麻痺（全身性、中枢神経性のもの） □髄膜炎（頸部硬直）　□脳炎　□脳症　□脊髄炎 □循環器障害（□心筋炎　□心膜炎　□心不全） □黄疸　□肝機能障害　□HUS □腎機能障害（□血尿　□乏尿　□蛋白尿　□多尿　□腎不全） □尿路生殖器症状（　） □出血傾向（全身性のもの） □ショック症状（□低血圧　□循環不全）	
基礎疾患			
転帰	□経過観察中　□軽快　□治癒　□後遺症有り　□死亡（原因　）		
外来・入院の別	□外来　□入院		

主治医等からの埼玉県衛生研究所への連絡事項

＊インフルエンザ迅速キット使用（□無　□有　：メーカー名[　]
：判定結果　□陰性　□陽性[□Ａ　□Ｂ]　□保留）

＊抗インフルエンザ薬投与（□無　□有　：薬剤名[　]
投与開始日　年　月　日[□予防投与　□治療投与）
投与終了日　年　月　日

［主治医等記載事欄］（保健所記載可）

発生の状況	発生市区町村（　　）
	□散発　□地域流行　□家族内発生　□集団発生 集団発生の場所：□保育所　□幼稚園　□小学校　□中学校　□高校　□大学　□宿舎、寮　□病院 □老人ホーム（介護施設を含む）□福祉（養護）施設　□旅館、ホテル　□飲食店　□事業所 □海外ツアー　□国内ツアー　□その他（　　）
最近の海外渡航歴	有　無　□無・□有（国名：　　）
	期　間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日
ワクチン接種歴	（無　・　有　・　不明）
	ワクチン名　　(Lot No　　)　最近の接種年月日　年　月　日

［埼玉県衛生研究所記載欄］

記載者名		
抗体検出	方法	（蛍光、ＩＰ、ＥＬＩＳＡ、ＣＦ、ＨＩ、ＰＡ、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他　　）
	結果	（　　）
病原体検出	検出年月日	令和　　年　　月　　日
	検出方法	・分離培養　（培養細胞：細胞名［下記のとおり　　］ 人工培地、発育鶏卵、動物、その他　　） ・抗原検出等（蛍光、ＥＩＡ、ＲＰＨＡ、ＰＡ、ＩＣ（イムノクロマト）、凝集反応、その他　　） ・遺伝子検出 1.非増幅（ハイブリ、ＰＡＧＥ、その他［　　］） 2.増幅（ＰＣＲ、リアルタイムＰＣＲ、ＰＣＲ+シークエンス、ＬＡＭＰ、その他［　　］） ・鏡顕　　・電顕
	検出病原体（群、型、亜型）	

［その他特記事項］

注1）主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注2）診断名については、該当する疾患にチェックを入れてください。「定常調査対象外」にチェックした場合は、必ず（　）内に該当する診断名を記載してください。

注3）ワクチン接種歴については、当該疾患に係わるものにつき記載して下さい。

注4）1類、2類、3類感染症及び4類全数把握感染症について、医療機関（民間検査所を含む）で病原体を分離した場合は、可能な範囲内で埼玉県衛生研究所への分離株等の送付をお願いします。

４．帳票一覧 レジオネラ感染症患者支援

No	帳票名	種類	様式	備考
調査票の作成				
1	感染症患者等発生書	単票	●	様式第13号
2	レジオネラ調査票	単票	●	様式第13号-2
3	報告書	単票		

4-1

様式第１３号

感染症患者等発生書

（一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症）

【発生届出受理に関する事項】

届出受理日	令和　年　月　日 AM・PM　時　分	届出受理保健所	越谷市保健所	受理者	
通報受理日	令和　年　月　日 AM・PM　時　分	通報受理保健所		受理者	

【発生届出受理に関する事項】

フリガナ 氏　名		性 別		生年月日 （年齢）	年　月　日生（　歳）
住　所	電話				
患者所在地	電話　（　）				
職業等 （業　種 学年等）		勤務先名等 （会社・学校名） 住　所	電話　（　）		
保護者 氏　名		保護者連絡先名等	電話　（　）		
保　険 種　類	被保険者本人・被保険者家族・国保一般・国保退職者本人・国保退職者家族・後期高齢者医療・生活保護（受給中・申請中）・その他				

注1）保護者氏名・連絡先：届出患者等が未成年者の場合のみ記入　　注2）保険種類：届出患者等を入院勧告・措置した場合のみ記入

【医療機関等からの届出に関する事項】

病名				菌型	
診断方法	□ 病原体検査 □ 血清学的検査 □ 臨床決定 □ その他 （　）	検体採取日	平成　年　月　日 AM・PM　時		
		検　体	便 ・ 血液 ・その他（　）		
		検査方法			
		結果判定日	平成　年　月　日 AM・PM　時		
		検査機関名			
治療	抗菌薬の投与	□なし □あり	薬品名（　） 投与期間（　年　月　日 ～　年　月　日）		
発病日	平成　年　月　日 AM・PM　時	初診日	平成　年　月　日 AM・PM　時		
診断日	平成　年　月　日 AM・PM　時	死亡日	平成　年　月　日 AM・PM　時		
入院歴	□ なし □ あり	平成　年　月　日 AM・PM　時入院 入院先医療機関名			
届出時の症状	□ なし □ あり	□軽症　□中等症　□重症　□不明 □下痢　□ 発熱　□腹痛　□嘔吐		その他情報	
診断医師 氏　名 （その他通報者名）		医療機関名等 所　在　地	電話　（　）		

【患者に対する調査に関する事項】

現在の症状	□ なし □ あり	□軽症　□中等症　□重症　□不明 □下痢　□発熱　□腹痛　□嘔吐	その他情報
推定される感染	推定感染地域 （海外渡航歴）	□国内　□不明 □海外（渡航先国名　）（渡航期間　年　月　日～　年　月　日） □個人　□グループ（　人）　□団体ツアー（　人） （旅行会社名　電話　）	
	推定感染原因等	□人（患者）から　□飲食物から　□水から　□動物・昆虫から □その他（　）　□不明	

【患者に対する疫学調査に関する事項】

4-1

発症から現在までの症状・所見等										
	発症日 ／	／	／	／	／	／	／	／	現　在 ／	記　入　例　等
発　　熱										当日の最高体温を記入（℃）
下　痢 便性										（例）：有形・有形軟便・泥状・水様状・粘液・血便
血　　便										症状有（○）・無（×）
腹　　痛										症状有（○）・無（×）
悪心嘔吐										症状有（○）・無（×）
食　　欲										食欲有（○）・無（×）
脱　　水										症状有（○）・無（×）
病院受診										入院・外来・×
登校勤務										登校勤務（○）・欠席（×）

喫食状況等							
月　日	／	／	／	／	／	／	／
朝　食							
昼　食							
夕　食							

注1）喫食状況等：潜伏期を考慮して調査期間を決める　　注2）共通の喫食者を把握し記入する　　注3）詳細な調査は別に定める調査票を利用する

【環境調査に関する事項】

住居形態	□戸建住宅　□共同住宅（ﾏﾝｼｮﾝ、団地、ｱﾊﾟｰﾄ等）　□その他（　　）	
トイレ	□専用　□共同	□水洗式　□汲み取り式
下水道	□なし　□あり　□浄化槽（放流先：□道路側溝等　□吸い込み）	
飲料水	□上水道（貯水槽：□なし　□あり）　□井戸（□専用　□共同）	
炊事場	□専用　□共同　□その他（　　）	
風　呂	□専用　□共同　□その他（　　）	
動物飼育	□屋内　有（サル・犬・猫・カメ・その他）　□屋外　有（サル・犬・猫・その他）	
勤務先等形態	□単独建物　□共同建物　□その他	
トイレ	□専用　□共同	□水洗式　□汲み取り式
給食施設	□食堂　□給食・弁当・出前　□外食　□その他	

【患者接触者等の調査に関する事項】

患者との関係	氏　名	性別	年齢	住　所	電　話（連絡先）	症状	健康診断 予定日	健康診断 結果判定日	健康診断 結果	備考
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				

注1）対象者が多数いるため記入しきれない場合は、適宜別紙として名簿を添付する

【行政対応に関する事項】

4-1

患者届出事項通知日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時

就業制限の適用	□なし □あり（業務：　　）	勤務先への連絡	□本人から □その他
就業制限に係る診査協議会への諮問・報告年月日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
就業制限解除年月日（病原体を保有しないこと等を確認した年月日） 平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		確認書類・資料等	

消毒	□命　令	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	通知相手名	
	□指　示	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	市町村名	

入院勧告等	□なし			
	□勧　告	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	実施保健所名	保健所
	□措　置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
	入院日時	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
	医療機関名			
入院延長勧告等		□勧告　□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
再延長	1　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
	2　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
	3　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	

移送	□保健所車両		
	□業者委託	依頼時間	AM・PM　　時　　分
		患者所在地出発時間	AM・PM　　時　　分
		医療機関到着時間	AM・PM　　時　　分

診査協議会	開催日時		審議結果	協議会名	出席委員数
	1回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□入院延長　□退院		
	2回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		
	3回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		
	4回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		

退院	□退院	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	退院理由	□病原体を保有しない □症状の消失
	□転床等	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		

各種請求確認	請求内容	□検査請求（法第１８条）　□退院請求（法第２２条）		
	請求日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	受理者	保健所
	確認日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	検査結果	
	連絡日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	連絡者	保健所
	請求内容	□検査請求（法第１８条）　□退院請求（法第２２条）		
	請求日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	受理者	保健所
	確認日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	検査結果	
	連絡日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	連絡者	保健所

4-1

検体採取勧告等	□勧　告	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	通知相手名	
	□措　置	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	実施保健所名	保健所
	採取（提出）日時	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検　　体	便・血液・その他（　　）		
	検査方法			
	結果判定日	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検査機関名			

検体・病原体	□命　令	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	通知相手名	
	□収　去	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	実施保健所名	保健所
	提出（収去）日時	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検　　体	便・血液・その他（　　）		
	検査方法			
	結果判定日	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検査機関名			

4-2

様式１３号－２

レジオネラ調査票

保健所名	越谷市保健所
担当者名	

氏　名		年齢		生年月日	ＭＴ ＳＨ　　年　　月　　日	性別	男　女
住　所					電話		
発症日		入院日			転帰		
嗜好品	□喫煙（１日　　本×　　年）　□アルコール（　　）						
合併症 ■あり □なし	□透析　□糖尿病　□免疫異常（　　） □血液疾患　□その他（具体的に）						

菌種	詳細不明				
血清群		尿中抗原		検査施設	

２週間以内の旅行　　□あり　□なし　　入浴施設利用　　□あり　□なし

ツアー名		同行者数	
旅行期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
旅行先			
ホテル等 の名称	□ホテル・旅館 □ゴルフ場等		
特記事項			

入浴（過去２週間）

風呂	□２４時間風呂　（□自宅　□その他　　）
温泉	温泉名： □温泉水の飲用　□打たせ湯　□風呂での転倒
その他	□気泡浴　□シャワー　□循環湯によるシャワー　□池や湖での水泳　□プール 入浴状況（時間、回数、入浴した浴槽等）

日常活動

職業	□ビル、浴槽等の清掃　□土木解体作業　□その他　□職場の入浴設備
自宅.職場	□周囲の冷却塔　□超音波加湿器　□園芸（腐葉土）　□循環式給湯施設
よく行く 場　所	□噴水　□人工滝　□人工せせらぎ

4-3

感染症(疾患名　　)発生事案に関する報告

把握した状況 (探知)			対応者	
患者の情報	氏名		生年月日	S･H･R　年　月　日(　歳)
	居所		連絡先	電話: 携帯:
	住所			
	職業		具体的な 業務内容	例:食品取扱の有無等
家族の情報 (含:同居人) ペットの有無				
保健所 の 対応経過				
確認事項	接触者	(世帯内外同居者･旅行等同行者･友人　等)		
	勤務先で の 状況	(例:保健所かかわり前までの排便有無　シャワーを使う業務　等)		
	行動歴			
	現在の症状			
指導事項	就業制限 消毒命令			
	疾患の説明			
	生活上 の 注意			
今後について	陰性確認			
	検体回収			
その他　(例:菌株譲渡　等)				

５．帳票一覧　３類感染症患者支援

No	帳票名	種類	様式	備考
調査票の作成				
1	感染症患者等発生書	単票	●	様式第13号
2	報告書	単票		
通知の作成				
3	患者等届出事項通知書	単票	●	様式第6号
4	消毒実施命令書	単票	●	様式16号
5	就業制限解除通知書	単票	●	様式第50号
健康診断の実施				
6	健康診断実施勧告書	単票	●	様式第15号
7	試験等依頼書	単票	●	様式第1号
8	検体送付書	単票	●	様式第3号
9	成績通知書	単票	●	様式第4号
10	試験等成績書	単票	●	様式第5号

5-1

様式第１３号

感染症患者等発生書

（一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症）

【発生届出受理に関する事項】

届出受理日	令和　年　月　日 AM・PM　時　分	届出受理保健所	越谷市保健所	受理者	
通報受理日	令和　年　月　日 AM・PM　時　分	通報受理保健所		受理者	

【発生届出受理に関する事項】

フリガナ 氏　名		性 別		生年月日 （年齢）	年　月　日生（　歳）
住　所	電話				
患者所在地	電話　（　）				
職業等 （業　種 学年等）		勤務先名等 （会社・学校名） 住　所	電話　（　）		
保護者 氏　名		保護者連絡先名等	電話　（　）		
保　険 種　類	被保険者本人・被保険者家族・国保一般・国保退職者本人・国保退職者家族・後期高齢者医療・生活保護（受給中・申請中）・その他				

注1）保護者氏名・連絡先：届出患者等が未成年者の場合のみ記入　　注2）保険種類：届出患者等を入院勧告・措置した場合のみ記入

【医療機関等からの届出に関する事項】

病名				菌型	
診断方法	□ 病原体検査 □ 血清学的検査 □ 臨床決定 □ その他 （　）	検体採取日	平成　年　月　日　AM・PM　時		
		検　体	便 ・ 血液 ・その他（　）		
		検査方法			
		結果判定日	平成　年　月　日　AM・PM　時		
		検査機関名			
治療	抗菌薬の投与	□なし □あり	薬品名（　） 投与期間（　年　月　日 ～　年　月　日）		
発病日	平成　年　月　日 AM・PM　時	初診日	平成　年　月　日 AM・PM　時		
診断日	平成　年　月　日 AM・PM　時	死亡日	平成　年　月　日 AM・PM　時		
入院歴	□ なし □ あり	平成　年　月　日 AM・PM　時入院 入院先医療機関名			
届出時の症状	□ なし □ あり	□軽症　□中等症　□重症　□不明 □下痢　□ 発熱　□腹痛　□嘔吐		その他情報	
診断医師 氏　名 （その他通報者名）		医療機関名等 所　在　地		電話　（　）	

【患者に対する調査に関する事項】

現在の症状	□ なし □ あり	□軽症　□中等症　□重症　□不明 □下痢　□発熱　□腹痛　□嘔吐	その他情報
推定される感染	推定感染地域 （海外渡航歴）	□国内　□不明 □海外（渡航先国名　）（渡航期間　年　月　日～　年　月　日） □個人　□グループ（　人）　□団体ツアー（　人） （旅行会社名　電話　）	
	推定感染原因等	□人（患者）から　□飲食物から　□水から　□動物・昆虫から □その他（　）　□不明	

【患者に対する疫学調査に関する事項】

発症から現在までの症状・所見等										
	発症日 ／	／	／	／	／	／	／	／	現　在 ／	記　入　例　等
発　　熱										当日の最高体温を記入（℃）
下　痢 便性										（例）：有形・有形軟便・泥状・水様状・粘液・血便
血　　便										症状有（○）・無（×）
腹　　痛										症状有（○）・無（×）
悪心嘔吐										症状有（○）・無（×）
食　　欲										食欲有（○）・無（×）
脱　　水										症状有（○）・無（×）
病院受診										入院・外来・×
登校勤務										登校勤務（○）・欠席（×）

喫食状況等							
月　日	／	／	／	／	／	／	／
朝　食							
昼　食							
夕　食							

注1）喫食状況等：潜伏期を考慮して調査期間を決める　　注2）共通の喫食者を把握し記入する　　注3）詳細な調査は別に定める調査票を利用する

【環境調査に関する事項】

住居形態	□戸建住宅　□共同住宅（ﾏﾝｼｮﾝ、団地、ｱﾊﾟｰﾄ等）　□その他（　　）	
トイレ	□専用　□共同	□水洗式　□汲み取り式
下水道	□なし　□あり　□浄化槽（放流先：□道路側溝等　□吸い込み）	
飲料水	□上水道（貯水槽：□なし　□あり）　□井戸（□専用　□共同）	
炊事場	□専用　□共同　□その他（　　）	
風　呂	□専用　□共同　□その他（　　）	
動物飼育	□屋内　有（サル・犬・猫・カメ・その他）　□屋外　有（サル・犬・猫・その他）	
勤務先等形態	□単独建物　□共同建物　□その他	
トイレ	□専用　□共同	□水洗式　□汲み取り式
給食施設	□食堂　□給食・弁当・出前　□外食　□その他	

【患者接触者等の調査に関する事項】

患者との関係	氏　名	性別	年齢	住　所	電　話（連絡先）	症状	健康診断			備考
							予定日	結果判定日	結果	
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				

注1）対象者が多数いるため記入しきれない場合は、適宜別紙として名簿を添付する

【行政対応に関する事項】

患者届出事項通知日	平成　　年　　月　　日　　AM・PM　　時

就業制限の適用	□なし □あり（業務：　　）	勤務先への連絡	□本人から □その他
就業制限に係る診査協議会への諮問・報告年月日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
就業制限解除年月日（病原体を保有しないこと等を確認した年月日）			
平成　　年　　月　　日　　AM・PM　　時	確認書類・資料等		

消毒	□命　令	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	通知相手名	
	□指　示	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	市町村名	

入院勧告等	□なし			
	□勧　告	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	実施保健所名	保健所
	□措　置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
	入院日時	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
	医療機関名			
入院延長勧告等		□勧告　□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
再延長	1　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
	2　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
	3　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	

移送	□保健所車両		
	□業者委託	依頼時間	AM・PM　　時　　分
		患者所在地出発時間	AM・PM　　時　　分
		医療機関到着時間	AM・PM　　時　　分

診査協議会	開催日時		審議結果	協議会名	出席委員数
	1回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□入院延長　□退院		
	2回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		
	3回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		
	4回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		

退院	□退院	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	退院理由	□病原体を保有しない □症状の消失
	□転床等	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		

各種請求確認	請求内容	□検査請求（法第１８条）　□退院請求（法第２２条）		
	請求日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	受理者	保健所
	確認日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	検査結果	
	連絡日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	連絡者	保健所
	請求内容	□検査請求（法第１８条）　□退院請求（法第２２条）		
	請求日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	受理者	保健所
	確認日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	検査結果	
	連絡日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	連絡者	保健所

検体採取勧告等	□勧　告	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	通知相手名	
	□措　置	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	実施保健所名	保健所
	採取（提出）日時	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検　　体	便・血液・その他（　　）		
	検査方法			
	結果判定日	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検査機関名			

検体・病原体	□命　令	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	通知相手名	
	□収　去	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	実施保健所名	保健所
	提出（収去）日時	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検　　体	便・血液・その他（　　）		
	検査方法			
	結果判定日	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検査機関名			

5-2

感染症(疾患名　　)発生事案に関する報告

把握した状況 (探知)			対応者	
患者の情報	氏名		生年月日	S･H･R　年　月　日(　歳)
	居所		連絡先	電話: 携帯:
	住所			
	職業		具体的な 業務内容	例:食品取扱の有無等
家族の情報 (含:同居人) ペットの有無				
保健所 の 対応経過				
確認事項	接触者	(世帯内外同居者･旅行等同行者･友人　等)		
	勤務先で の 状況	(例:保健所かかわり前までの排便有無　シャワーを使う業務　等)		
	行動歴			
	現在の症状			
指導事項	就業制限 消毒命令			
	疾患の説明			
	生活上 の 注意			
今後について	陰性確認			
	検体回収			
その他　(例:菌株譲渡　等)				

5-3

様式第６号

患者等届出事項通知書

指令保感第　　号
令和　年　月　　日

様

越谷市長　福　田　　晃

あなたは　腸管出血性大腸菌感染症　患者・疑似症患者・無症状病原体保有者であるとの診断の届出がありましたので、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（以下「法」という。）第１８条第１項の規定により、下記のとおり通知します。

また、感染症ごとに下記に定める業務については、当該感染症を公衆にまん延させるおそれがあるので、法第１８条第２項の規定により就業が制限されます。

記

１　感染症の名称：

２　症状：

３　診断方法：

４　初診年月日及び診断年月日

（１）初診年月日　　令和　年　月　　日

（２）診断年月日　　令和　年　月　　日

５　就業が制限される業務（※該当箇所に○を付す。）

（１）エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、南米出血熱、マールブルグ病及びラッサ熱の患者・疑似症患者・無症状病原体保有者は、飲食物の製造、販売、調製又は取扱いの際に飲食物に直接接触する業務及び他者の身体に直接接触する業務。

（２）ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。以下、単に「重症急性呼吸器症候群」という。）、新型インフルエンザ等感染症、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る。以下、単に「中東呼吸器症候群」という。）痘そう、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスＡ属インフルエンザＡウイルスであってその血清亜型がＨ５Ｎ１又はＨ７Ｎ９であるものに限る。以下、単に「鳥インフルエンザ」という。）及びペストの患者・疑似症患者・無症状病原体保有者は、飲食物の製造、販売、調製又は取扱いの際に飲食物に直接接触する業務及び接客業その他の多数の者に接触する業務。

（３）急性灰白髄炎、コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフスの患者・無症状病原体保有者は、飲食物の製造、販売、調製又は取扱いの際に飲食物に直接接触する業務。

６　就業が制限される期間

（１）上記５に定める感染症のうち重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群及び鳥インフルエンザ以外の感染症

その病原体を保有しなくなるまでの期間

（２）上記５に定める感染症のうち重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群及び鳥インフルエンザ

その病原体を保有しなくなるまでの期間又はその症状が消失するまでの期間

７　処　罰

上記に定める就業制限に違反した方は、法第７７条第４号の規定により、５０万円以下の罰金に処されることがあります。

８　確認検査の請求

上記に定める就業制限を受ける方又はその保護者は、この就業制限を受ける対象者ではなくなったことの確認を当保健所長に求めることができます。

９　教示

（１）審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

（２）取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において市を代表する者は、市長です。

ただし、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：越谷市保健所　感染症保健対策課
電話：０４８－９７３－７５３１

5-4

様式第１６号

消 毒 実 施 命 令 書

指令保感第　　号
令和　年　月　　日

様

越谷市長　福　田　　晃

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（以下「法」という。）第２７条第１項・第２９条第１項・第５０条第１項の規定により、下記のとおり消毒の実施を命令します。

記

１　消毒実施日時又は期限
　令和　年　月　　日　　時

２　消毒場所及び消毒物件　　自宅

３　消毒の方法　消毒薬をつけた布等で清拭

４　教示

（１）審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

（２）取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において市を代表する者は、市長です。

ただし、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か

月以内であっても、この処分の日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：越谷市保健所　感染症保健対策課
電話：０４８－９７３－７５３１

5-5

就業制限解除通知書

指令保感第　　号
令和　年　月　日

様

越谷市長　福　田　　晃

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１８条第２項の規定による就業制限は、下記のとおり解除されましたので通知します。

記

１　感染症の名称

２　病原体を保有していないことの確認
令和　年　月　日　便培養検査　陰性（１回目）越谷市保健所
令和　年　月　日　便培養検査　陰性（２回目）越谷市保健所

担当：越谷市保健所
感染症保健対策課　○○（担当名）
電話：０４８－９７３－７５３１

5-6

健康診断実施勧告書

越保感感第　　号
令和　　年　　月　　日

様

越谷市長　福　田　　晃　　印

1　健康診断実施勧告の理由

あなたは腸管出血性大腸菌感染症にかかっている疑いがありますので、感染症のまん延を防止するため、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（以下「法」という。）第１７条第１項又は第４５条第１項の規定により、健康診断を受けることを勧告します。

※　健康診断の受診期限　　令和　年　　月　日までに当保健所で行います。

2　健康診断実施の措置

１の健康診断実施勧告に従っていただけない場合は、法第１７条第２項又は第４５条第２項の規定により、健康診断の措置を実施します。

※　健康診断措置の実施

（１）実施日時　令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時

（２）実施場所　越谷市保健所

（３）方　　法　検便

3　教示

（１）審査請求について

上記２の処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

（２）取消訴訟について

上記２の処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）

の翌日から起算して６か月以内に、市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において市を代表する者は、市長です。

　ただし、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：越谷市保健所　感染症保健対策課
電話：０４８－９７３－７５３１

5-7

様式第１号

受付年月日	令和　　年　　月　　日	受付番号	

試　験　等　依　頼　書

令和　　年　　月　　日

越谷市長　様

依頼者住所：
氏　　名：
連　絡　先：

下記のとおり検査を依頼します。

記

被験者	住　　所			
	氏　　名	性別　　歳		
	病名（疑いのあるものを含む）		発病年月日	
検体の種類	血　液・大　便・尿・痰（たん）・その他（　　）		採取月日	
検査項目	1.腸　内　細　菌（赤痢菌・コレラ菌・チフス菌・パラチフス菌・腸管出血性大腸菌　　） 2.結　　核　　菌（塗まつ・培養・遺伝子検査　　） 3.そ　　の　　他（　　）			
成績				
判定年月日				

5-8

様式第３号

受付年月日	令和　　年　　月　　日	受付番号	

検　体　送　付　書

令和　　年　　月　　日

衛生検査課長　様

感染症保健対策課長

下記のとおり検査を依頼します。

記

被験者	住所			
	氏名	性別　　歳		
	病名（疑いのあるものを含む）		発病年月日	
検体の種類	血　液・大　便・尿・痰（たん）・その他（　　）		採取月日	月　　日
検査項目	1.腸　内　細　菌（赤痢菌・コレラ菌・チフス菌・パラチフス菌・腸管出血性大腸菌　　） 2.結　　核　　菌（塗まつ・培養・遺伝子検査　　） 3.そ　　の　　他（　　）			
成績				
判定年月日				

5-9

様式４号

受付年月日	令和　　年　　月　　日	受付番号	

成　績　通　知　書

令和　　年　　月　　日

感染症保健対策課長　様

衛生検査課長

検査成績は下記のとおりです。

記

被験者	住　　所			
	氏　　名	性別　　歳		
	病名（疑いのある ものを含む）		発病年月日	
検体の種類	血　液・大　便・尿・痰・その他（　　）		採取月日	月　　日
検査項目	1.腸　内　細　菌（赤痢菌・コレラ菌・チフス菌・パラチフス菌・腸管出血性大腸菌　　） 2.結　　核　　菌（塗まつ・培養・遺伝子検査　　） 3.そ　　の　　他（　　）			
成績				
判定年月日				

5-10

様式５号

受付年月日	令和　年　月　日	受付番号	

試 験 等 成 績 書

令和　年　月　日

様

越谷市長　福田　晃　㊞

検査成績は下記のとおりです。

記

被験者	住所			
	氏名	歳		
	病名（疑いのあるものを含む）		発病年月日	
検体の種類	血液・大便・尿・痰・その他（　　）		採取月日	月　日
検査項目	1.腸内細菌（赤痢菌・コレラ菌・チフス菌・パラチフス菌・腸管出血性大腸菌　　） 2.結核菌（塗まつ・培養・遺伝子検査　　） 3.その他 （　　）			
成績				
判定年月日				

６．帳票一覧 その他の感染症患者支援

No	帳票名	種類	様式	備考
治療				
1	意見を述べる機会付与通知書	単票	●	様式第37号
2	意見書	単票	●	様式第38号
3	入院勧告書（応急入院）	単票	●	様式第39号
4	入院措置書（応急入院）	単票	●	様式第40号
5	入院勧告書（本入院）	単票	●	様式第41-1号
6	入院勧告期間延長通知書（本入院）	単票	●	様式第41-2号
7	入院措置書（本入院）	単票	●	様式第42-1号
8	入院措置期間延長通知書（本入院）	単票	●	様式第42-2号
9	患者等届出事項通知書	単票	●	様式第49号
10	消毒実施命令書	単票	●	様式16号
感染症診査協議会				
11	【診査開資料】（３７条）応急入院・就業制限・本入院をした者	一覧		
12	【診査開資料】（３７条）本入院の延長をする者	一覧		
13	【診査開資料】（３７条の２）公費負担申請	一覧		
14	結核医療費公費負担承認通知書（３７条）	単票	●	様式第45号
15	患者票（感染症法第３７条の２）	単票	●	様式第31号
16	感染症診査協議会への諮問等について（感染症診査協議会運営要領 様式１）	単票	●	様式第28号
17	診査協議会日誌（感染症診査協議会運営要領 様式５）	単票	●	様式第29号
18	(1)感染症診査協議会諮問決定内訳	集計表	●	様式第30号
19	(2)感染症診査協議会諮問決定内訳	集計表	●	様式第30号
20	(3)感染症診査協議会諮問決定内訳	集計表	●	様式第30号
保健所内検討会議				
21	報告書	単票		
22	感染症患者等発生書	単票	●	様式第13号
23	汎用 接触者健康調査票	単票	●	
24	汎用 患者健康調査票	単票	●	
接触者健康診断				
25	健康診断実施勧告書	単票	●	様式第15号
26	健康診断実施措置書	単票	●	様式第11号
27	健康診断の実施について（県外依頼）	単票	●	様式第12号
28	健康診断の結果について	単票	●	様式第13号
退院				
29	入院勧告・措置解除通知書	単票	●	様式第46号
30	就業制限解除通知書	単票	●	様式第50号

6-1

様式第 37 号

意見を述べる機会付与通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

＿＿＿＿＿＿＿保健所長　○○　○○　印

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（以下「法」という。）第２６条において準用する法第２０条第６項の規定により、法第２０条第１項の規定による勧告について、意見を述べる機会を付与します。

ついては、下記のとおり意見書の提出期限、提出先等について通知します。

記

件名	法第２０条第１項の規定による第二種感染症指定医療機関（結核病床を有する医療機関）への入院勧告について
勧告を行う理由	結核患者の所見があると診断されたことから、結核のまん延を防止するために必要と認められたため。
意見書の提出先	保健所
意見書の提出期限	令和　　年　　月　　日まで
備考	

(H24)

6-2

様式第 38-1 号（意見なしの場合）

意　見　書

（あて先）

＿＿＿＿＿＿保健所長

私は、令和　　年　　月　　日付けで　　保健所長から意見を述べる機会付与通知を受けましたが、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２６条において準用する法第２０条第１項に基づく第二種感染症指定医療機関（結核病床を有する医療機関）への入院勧告について、十分な説明を受け、納得しましたので、意見はありません。

令和　　年　　月　　日

本人氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者が未成年、成年被後見人等の場合、保護者等の方も署名してください。

保護者等氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
本人との続柄
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(H23)

様式第 38-2 号（意見ありの場合）

意　見　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）
＿＿＿＿＿＿保健所長

本人氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者が未成年、成年被後見人等の場合、保護者等の方も署名してください。

保護者等氏名
（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
本人との続柄
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日付けで　　保健所長から送付された意見を述べる機会付与通知書に基づき、次のとおり意見書を提出します。

記

件　　名	法２０条第１項の規定による第二種感染症指定医療機関（結核病床を有する医療機関）への入院勧告について
根拠となる法令の条項	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２６条において準用する法第２０条第１項
意　　見	

(H23)

6-3

様式第 39 号

入院勧告書（応急入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長 ○○　○○　印

あなたは、結核　患者 ・ 疑似症患者　と診断されましたので、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２６条において準用する第１９条第１項の規定により、下記のとおり入院を勧告します。

なお、この勧告に従っていただけない場合、入院の措置をすることがあります。

記

１　入院期間

令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時から
令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時まで

ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院勧告の理由

当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項

あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。

また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

担当：
電話：

(H24)

6-4

様式第 40 号

入院措置書（応急入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長 ○○　○○　印

あなたは、結核　患者 ・ 疑似症患者　と診断されましたので、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２６条において準用する第１９条第３項・第５項の規定により、下記のとおり入院を措置します。

記

１　入院期限
令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院措置の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

５　教示
⑴審査請求について
この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求

をすることができなくなります。
(2)取消訴訟について
この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。
ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(R4)

6-5

様式第 41-1 号

入院勧告書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　〇〇　〇〇　　印

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２６条において準用する第２０条第１項の規定により、下記のとおり入院を勧告します。
なお、この勧告に従っていただけない場合、入院の措置をすることがあります。

記

１　入院期限
令和　　年　　月　　日　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院勧告の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

担当：
電話：

(H24)

様式第 41-2 号

入院勧告期間延長通知書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長 ○○　○○　印

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２６条において準用する第２０条第４項の規定により、下記のとおり入院期間の延長を通知します。

なお、この通知に従っていただけない場合、入院期間延長の措置をすることがあります。

記

１　入院延長期限
令和　　年　　月　　日　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、さらに入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院期間延長勧告の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。

また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

担当：
電話：

(H24)

6-7

様式第 42-1 号

入院措置書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　〇〇　〇〇　印

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２６条において準用する第２０条第２項の規定により、下記のとおり入院を措置します。

記

１　入院期限
令和　　年　　月　　日　　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、さらに入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院措置の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

５　教示
(1)審査請求について
この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
なお、入院期間が３０日を超える場合は、法律第２６条において準用する第２０条第２項又は第３項に規定する入院の措置について、特例として文書又は口頭により厚生労働大臣に審査請求をすることができます。

(2)取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６ヵ月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(R4)

様式第 42-2 号

入院措置期間延長通知書（本入院）

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　〇〇　〇〇　　印

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２６条において準用する第２０条第２項・第３項・第４項の規定により、下記のとおり入院期間の延長を通知します。

記

１　入院延長期限
令和　　年　　月　　日　　まで
ただし、当該感染症のまん延を防止するために必要と認められた場合、さらに入院期限を延長することがあります。

２　入院すべき医療機関名：

３　入院期間延長の理由
当該感染症のまん延を防止するために必要と認められるため。

４　退院に関する事項
あなたは、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失が確認されたときは、退院することができます。
また、あなた又はその保護者は、当保健所長に対し、この感染症の病原体を保有していないこと又はこの感染症の症状の消失の確認を請求し、併せて退院を請求することができます。

５　教示
（１）審査請求について
この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
なお、入院期間が３０日を超える場合は、法律第２６条において準用する第２０条第２項又は第３項に規定する入院の措置について、特例として文書

又は口頭により厚生労働大臣に審査請求をすることができます。

（２）取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６ヵ月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(H28)

6-9

様式第 49 号

患者等届出事項通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○　印

あなたは結核　患者 ・ 疑似症患者　であるとの診断の届出がありましたので、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（以下「法」という。）第１８条第１項の規定により、下記のとおり通知します。

また、下記に定める業務については、当該感染症を公衆にまん延させるおそれがあるので、法第１８条第２項の規定により就業が制限されます。

記

１　感染症の名称：

２　症状：

３　診断方法：

４　初診年月日及び診断年月日
（１）初診年月日　　令和　　年　　月　　日
（２）診断年月日　　令和　　年　　月　　日

５　就業が制限される業務
接客業その他の多数の者に接触する業務

６　就業が制限される期間
その病原体を保有しなくなるまでの期間又はその症状が消失するまでの期間

７　処　罰
上記に定める就業制限に違反した方は、法第７７条第４号の規定により、５０万円以下の罰金に処されることがあります。

８　確認検査の請求
上記に定める就業制限を受ける方又はその保護者は、この就業制限を受ける対象者ではなくなったことの確認を当保健所長に求めることができます。

９　教示

（１）審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

（２）取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（(1)の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：
電話：

(H28)

様式第１６号

消 毒 実 施 命 令 書

指令保感第　　号
令和　年　月　　日

様

越谷市長　福　田　　晃

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（以下「法」という。）第２７条第１項・第２９条第１項・第５０条第１項の規定により、下記のとおり消毒の実施を命令します。

記

１　消毒実施日時又は期限
　令和　年　月　　日　　時

２　消毒場所及び消毒物件　　自宅

３　消毒の方法　消毒薬をつけた布等で清拭

４　教示

（１）審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

（２）取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において市を代表する者は、市長です。

ただし、この処分があったことを知った日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か

月以内であっても、この処分の日（（１）の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：越谷市保健所　感染症保健対策課
電話：０４８－９７３－７５３１

応急入院・就業制限・本入院をした者

登録番号		性別	病名	治療開始薬剤(3剤、4剤、その他)	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		初発・再発	治療開始日	同定検査　方法	同定検査　結果		医療保険	
	越谷市								

入院時喀痰塗抹	検体	塗抹	培養	就業制限　期間	患者意見	診査会諮問日	診査会意見
3日連続検痰	検体	塗抹	培養	応急入院　期間			
				本入院　期間			

菌検査結果								入院延長の期間	勧告措置	入院の見通し	診査会諮問日	診査会意見
検査日	検体	塗抹	培養	検査日	検体	塗抹	培養					

6-12

本入院の延長をする者

登録番号		性別	病名	治療開始薬剤(3剤、4剤、その他)	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		初発・再発	治療開始日	同定検査　方法	同定検査　結果		医療保険	
	越谷市								

入院時喀痰塗抹	検体	塗抹	培養	就業制限　期間	患者意見	診査会諮問日	診査会意見
3日連続検痰	検体	塗抹	培養	応急入院　期間			
				本入院　期間			

菌検査結果								入院延長の期間	勧告措置	入院の見通し	診査会諮問日	診査会意見
検査日	検体	塗抹	培養	検査日	検体	塗抹	培養					

登録番号		性別	病名	治療開始薬剤(3剤、4剤、その他)	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		初発・再発	治療開始日	同定検査　方法	同定検査　結果		医療保険	
	越谷市								

入院時喀痰塗抹	検体	塗抹	培養	就業制限　期間	患者意見	診査会諮問日	診査会意見
3日連続検痰	検体	塗抹	培養	応急入院　期間			
				本入院　期間			

菌検査結果								入院延長の期間	勧告措置	入院の見通し	診査会諮問日	診査会意見
検査日	検体	塗抹	培養	検査日	検体	塗抹	培養					

３７条の２　公費負担申請

登録番号		性別	病名	公費申請時の薬剤	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		治療開始日	承認期間	同定検査方法	同定検査結果		医療保険	
	越谷市			から まで					

登録番号		性別	病名	公費申請時の薬剤	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		治療開始日	承認期間	同定検査方法	同定検査結果		医療保険	
	越谷市			から まで					

登録番号		性別	病名	公費申請時の薬剤	菌検査日			医療機関	備考（既往等）
登録日	生年月日	年齢	病型	薬剤名	検体	塗抹	培養		
登録区分	住所		治療開始日	承認期間	同定検査方法	同定検査結果		医療保険	
	越谷市			から まで					

6-14

様式第 45 号

結核医療費公費負担承認通知書（３７条）

公費負担者番号				受給者番号	
患者	フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和　年　月　日生
	フリガナ 住所				
保険者等の種別	健保（本人・家族）　国保　生保（受給中・申請中） その他（　　）				
感染症指定医療機関名					
承認期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで				

自己負担額	円
負担する期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで

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３７条の規定により上記期間の医療費の公費負担を承認します。

患者（又はその保護者）　様

令和　年　月　日

保健所名　　保健所長　○○　○○　印

保健所所在地

保健所電話　（　　）

注意事項

1　この証によって公費負担を認められた診療を受けようとする時は、この証を指定医療機関に提出しなければなりません。

2　現に診療を受けている指定医療機関を変更しようとするときは、管轄保健所長に届けて変更の許可を受けなければなりません。また、住居地を他の保健所の管轄区域内に変更するときは速やかにその旨を保健所長に届けてください。

3　被保険者等の別に変更があったときは、保健所に届けてください。

4　不正にこの証を使用した者は刑法により、詐欺罪として罰せられます。

5　この証の承認期間が切れたとき、この証によって公費負担を認められた診療を受ける必要がなくなったとき、住所地を他の都道府県に変更するときは、速やかにこの証を管轄保健所に返してください。

6　診療にかかる費用等につき不審の点は管轄保健所に行ってお尋ねください。

7　交付保健所長印のないものは無効です。

(R5)

様式第31号

(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37条の2)

患　者　票

公費負担者番号			
公費負担医療の受給者番号			
交付保健所名称及び所在地	所在地 保健所長　○○　○○　印		
交付年月日	令和　　年　　月　　日		
患者	氏名		
	性別 生年月日	男・女	明・大・昭 平・令　　年　　月　　日
	住所		
被保険者等の別	健保(本人・家族)　国保　生保(受給中・申請中) 他(　　)		
指定医療機関(病院・診療所)	名称		
	所在地		
有効期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで		

病名	1	2	3
医療種類	A 化学療法	1 抗結核薬 (　　)剤 使用	1　薬品名 ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＲＢＴ　ＰＺＡ ＳＭ　ＥＢ　ＬＶＦＸ　ＫＭ　ＴＨ ＥＶＭ　ＰＡＳ　ＣＳ　ＤＬＭ　ＢＤＱ 2　1のうち局所療法に用いるもの (　　)
		2　副腎皮質ホルモン剤	薬品名(　　)
	B 外科的療法	1　肺結核	1　肺虚脱療法　2　空洞直達療法 3　肺切除術
		2　結核性膿胸	
		3　骨関節結核	
		4　泌尿器結核	
		5　その他(　　)	
	C　骨関節結核の装具療法		
	D　A～Cに必要なX線検査及び菌検査、Aに必要な副作用の検査、B又はCに必要な処置		
	E　B又はCに必要な収容		日間(術前　　日間～術後　　日間)

注意事項

1　この証によって公費負担を認められた診療を受けようとする時は、この証を指定医療機関に提出しなければなりません。
2　現に診療を受けている指定医療機関を変更しようとするときは、管轄保健所長に届けて変更の許可を受けなければなりません。また、住居地を他の保健所の管轄区域内に変更するときは速やかにその旨を保健所長に届けて下さい。
3　被保険者等の別に変更があったときは、保健所に届けてください。不正にこの証を使用した者は刑法により、詐欺罪として罰せられます。
4　この証の有効期限が切れたとき、この証によって公費負担を認められた診療を受ける必要がなくなったとき、住所地を他の都道府県に変更するときは、速やかにこの証を管轄保健所に返して下さい。
5　診療にかかる費用等につき不審の点は管轄保健所に行ってお尋ね下さい。
6　交付保健所長印のないものは無効です。

(R5)

様式第２８号（感染症診査協議会運営要領　様式１）

第　　号
令和　　年　　月　　日

○○保健所感染症診査協議会委員長　様

○○保健所長
（公印省略）

○○保健所感染症診査協議会への諮問等について（諮問）

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（以下「感染症法」という。）の規定により、下記のとおり意見を求めます。

記

１　感染症法第１８条第１項の規定による通知及び第６項の規定による報告

・就業制限について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

２　感染症法第１９条第１項及び第３項（第２６条において準用する場合を含む。）の規定による入院についての報告

・入院勧告について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

３　感染症法第２０条第１項（第２６条において準用する場合を含む。）の規定による勧告及び第４項（第２６条において準用する場合を含む。）の規定による入院期間の延長

（１）入院勧告について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）
（２）入院延長について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

４　感染症法第３７条の２第１項の規定による申請

・公費負担について：　　件
※（必要に応じて資料等を添付）

５　その他

(H23)

様式第２９号（感染症診査協議会運営要領　様式５）

診査協議会日誌

<table>
<tr><td>委員長</td><td colspan="3"></td><td>係</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>診査月日時</td><td colspan="9">令和　　年　　月　　日　　午　前・午　後　　自　　時　　分
至　　時　　分</td></tr>
<tr><td>出席委員名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">診 査 件 数</td><td colspan="2">第１８条
（就業制限）</td><td colspan="2">第１９条
（応急入院）</td><td colspan="2">第２０条第１項
（本入院）</td><td colspan="2">第２０条第４項
（入院延長）</td><td colspan="2">第３７条の２
（公費負担）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">診 査 結 果</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td><td>支障なし</td><td>その他</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td><td>支障なし</td><td>支障あり</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

(R3)

様式第30号

感染症診査協議会諮問決定内訳

令和〇〇年4月1回目診査分小計

1 法18条関係

報告件数	解除件数

2 法19条関係

報告件数

3 法20条1項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

・本入院勧告・措置患者については、公費負担承認通知書を発行する。

4 法20条4項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

1 本入院延長勧告・措置患者については、改めて公費負担承認通知書を発行する。
2 解除者については、入院勧告・措置解除通知を行う。

5 37条の2関係

	健保		国保	後期高齢者医療	生活保護法	その他	介護保険法	合計
	本人	家族						
申　請								0
承　認								0
保　留								0
不承認								0

様式第30号

感染症診査協議会諮問決定内訳

令和〇〇年4月2回目診査分小計

1 法18条関係

報告件数	解除件数

2 法19条関係

報告件数

3 法20条1項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

・本入院勧告・措置患者については、公費負担承認通知書を発行する。

4 法20条4項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　考
	該当	非該当	保留	

1 本入院延長勧告・措置患者については、改めて公費負担承認通知書を発行する。
2 解除者については、入院勧告・措置解除通知を行う。

5 37条の2関係

	健保		国保	後期高齢者医療	生活保護法	その他	介護保険法	合計
	本人	家族						
申　請								0
承　認								0
保　留								0
不承認								0

様式第30号(2)

法３７条の自己負担決定内訳

患者氏名	患者等の市町村民税所得割額の合算額	自己負担額	備考

(R1)

様式第30号

感染症診査協議会諮問決定内訳

令和　　年　　月　　日診査分

1　法１８条関係

報告件数	解除件数

2　法１９条関係

報告件数

3　法２０条１項関係

諮問件数	本入院勧告・措置決定件数			備　　考
	該　当	非該当	保　留	

・　本入院勧告・措置患者については、公費負担承認通知書を発行する。

4　法２０条４項関係

諮問件数	本入院延長措置決定件数			備　　考
	該　当	非該当	保　留	

1　本入院延長勧告・措置患者については、改めて公費負担承認通知書を発行する。

2　解除者については、入院勧告・措置解除通知を行う。

5　法３７条の２関係

	健　保		国保	後期高齢者医療	生活保護法	その他	介護保険法	合計
	本人	家族						
申　請								
承　認								
保　留								
不承認								

様式第30号(2)

法３７条の自己負担決定内訳

患者氏名	患者等の市町村民税所得割額の合算額	自己負担額	備考

(R1)

様式第30号(3)

市町村民税所得割額確認調書

年　　月　　日現在

患者氏名	男 女　　歳

	続柄	氏　　名	職　業	市町村民税所得割額		証明書の区分	備考
				年区分	金　額		
同一生計世帯員	本人						
合　計							

1　市町村民税所得割額調査対象者(患者と同一生計を営む下記の者とする。)
(1)患者本人　(2)患者の配偶者　(3)患者の直系親族(祖父母、父母、子、孫)
(4)患者の兄弟姉妹

2　証明書の区分
調査対象者の市町村民税所得割額については、マイナンバーによる情報連携で取得する。
なお、マイナンバーにより税額が確認できない場合は、以下Ｂ又はＣの方法により税額を確認する。
Ａ　マイナンバーによる情報連携にて証明…証明書の区分欄に確認者が記名押印する。
Ｂ　市町村民税所得割額の証明
・　課税(非課税)証明書……市長村民税額が均等割以下の場合は市町村民税所得割額なしとなる。　[市町村発行]
※上記以外で、官公庁・市町村発行の「市町村民税所得割額なし」と見なせる書類があれば添付。(例：無職証明、福祉事務所長の証明)
Ｃ　その他
1　源泉徴収票等により、配偶者控除、被扶養者控除等を受けていることが判明する者についての証明は不要であり、「市町村民税所得割額なし」とする。
2　納税証明書等により専従者控除、被扶養者控除等を受けていることが判明する者についても、1と同様である。　(R1)

6-21

感染症(疾患名　　)発生事案に関する報告

把握した状況 (探知)			対応者	
患者の情報	氏名		生年月日	S･H･R　年　月　日(　歳)
	居所		連絡先	電話: 携帯:
	住所			
	職業		具体的な 業務内容	例:食品取扱の有無等
家族の情報 (含:同居人) ペットの有無				
保健所 の 対応経過				
確認事項	接触者	(世帯内外同居者･旅行等同行者･友人　等)		
	勤務先で の 状況	(例:保健所かかわり前までの排便有無　シャワーを使う業務　等)		
	行動歴			
	現在の症状			
指導事項	就業制限 消毒命令			
	疾患の説明			
	生活上 の 注意			
今後について	陰性確認			
	検体回収			
その他　(例:菌株譲渡　等)				

6-22

様式第１３号

感染症患者等発生書

（一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症）

【発生届出受理に関する事項】

届出受理日	令和　年　月　日 AM・PM　時　分	届出受理保健所	越谷市保健所	受理者	
通報受理日	令和　年　月　日 AM・PM　時　分	通報受理保健所		受理者	

【発生届出受理に関する事項】

フリガナ 氏　名		性 別		生年月日 （年齢）	年　月　日生（　歳）
住　所	電話				
患者所在地	電話　（　）				
職業等 （業　種 学年等）		勤務先名等 （会社・学校名） 住　所	電話　（　）		
保護者 氏　名		保護者連絡先名等	電話　（　）		
保　険 種　類	被保険者本人・被保険者家族・国保一般・国保退職者本人・国保退職者家族・後期高齢者医療・生活保護（受給中・申請中）・その他				

注1）保護者氏名・連絡先：届出患者等が未成年者の場合のみ記入　　注2）保険種類：届出患者等を入院勧告・措置した場合のみ記入

【医療機関等からの届出に関する事項】

病名				菌型	
診断方法	□ 病原体検査 □ 血清学的検査 □ 臨床決定 □ その他 （　）	検体採取日	平成　年　月　日　AM・PM　時		
		検　体	便　・　血液　・その他（　）		
		検査方法			
		結果判定日	平成　年　月　日　AM・PM　時		
		検査機関名			
治療	抗菌薬の投与	□なし □あり	薬品名（　） 投与期間（　年　月　日 ～　年　月　日）		
発病日	平成　年　月　日 AM・PM　時		初診日	平成　年　月　日 AM・PM　時	
診断日	平成　年　月　日 AM・PM　時		死亡日	平成　年　月　日 AM・PM　時	
入院歴	□ なし □ あり	平成　年　月　日 AM・PM　時入院			
		入院先医療機関名			
届出時の症状	□ なし □ あり	□軽症　□中等症　□重症　□不明		その他情報	
		□下痢　□ 発熱　□腹痛　□嘔吐			
診断医師 氏　名 （その他通報者名）		医療機関名等			
		所　在　地	電話　（　）		

【患者に対する調査に関する事項】

現在の症状	□ なし □ あり	□軽症　□中等症　□重症　□不明 □下痢　□発熱　□腹痛　□嘔吐	その他情報
推定される感染	推定感染地域 （海外渡航歴）	□国内　□不明 □海外（渡航先国名　）（渡航期間　年　月　日～　年　月　日） □個人　□グループ（　人）　□団体ツアー（　人） （旅行会社名　電話　）	
	推定感染原因等	□人（患者）から　□飲食物から　□水から　□動物・昆虫から □その他（　）　□不明	

【患者に対する疫学調査に関する事項】

発症から現在までの症状・所見等										
	発症日 ／	／	／	／	／	／	／	／	現　在 ／	記　入　例　等
発　　熱										当日の最高体温を記入（℃）
下　痢 便性										（例）：有形・有形軟便・泥状・水様状・粘液・血便
血　　便										症状有（○）・無（×）
腹　　痛										症状有（○）・無（×）
悪心嘔吐										症状有（○）・無（×）
食　　欲										食欲有（○）・無（×）
脱　　水										症状有（○）・無（×）
病院受診										入院・外来・×
登校勤務										登校勤務（○）・欠席（×）

喫食状況等							
月　日	／	／	／	／	／	／	／
朝　食							
昼　食							
夕　食							

注1）喫食状況等：潜伏期を考慮して調査期間を決める　　注2）共通の喫食者を把握し記入する　　注3）詳細な調査は別に定める調査票を利用する

【環境調査に関する事項】

住居形態	□戸建住宅　□共同住宅（ﾏﾝｼｮﾝ、団地、ｱﾊﾟｰﾄ等）　□その他（　　）	
トイレ	□専用　□共同	□水洗式　□汲み取り式
下水道	□なし　□あり　□浄化槽（放流先：□道路側溝等　□吸い込み）	
飲料水	□上水道（貯水槽：□なし　□あり）　□井戸（□専用　□共同）	
炊事場	□専用　□共同　□その他（　　）	
風　呂	□専用　□共同　□その他（　　）	
動物飼育	□屋内　有（サル・犬・猫・カメ・その他）　□屋外　有（サル・犬・猫・その他）	
勤務先等形態	□単独建物　□共同建物　□その他	
トイレ	□専用　□共同	□水洗式　□汲み取り式
給食施設	□食堂　□給食・弁当・出前　□外食　□その他	

【患者接触者等の調査に関する事項】

患者との関係	氏　名	性別	年齢	住　所	電　話（連絡先）	症状	健康診断			備考
							予定日	結果判定日	結果	
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				
					（　）	有・無				

注1）対象者が多数いるため記入しきれない場合は、適宜別紙として名簿を添付する

【行政対応に関する事項】

患者届出事項通知日	平成　　年　　月　　日　　AM・PM　　時

就業制限の適用	□なし □あり（業務：　　）	勤務先への連絡	□本人から □その他
就業制限に係る診査協議会への諮問・報告年月日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
就業制限解除年月日（病原体を保有しないこと等を確認した年月日）			
平成　　年　　月　　日　　AM・PM　　時	確認書類・資料等		

消毒	□命　令	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	通知相手名	
	□指　示	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	市町村名	

入院勧告等	□なし			
	□勧　告	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	実施保健所名	保健所
	□措　置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
	入院日時	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		
	医療機関名			
入院延長勧告等		□勧告　□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
再延長	1　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
	2　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	
	3　回　目	□措置	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	

移送	□保健所車両		
	□業者委託	依頼時間	AM・PM　　時　　分
		患者所在地出発時間	AM・PM　　時　　分
		医療機関到着時間	AM・PM　　時　　分

診査協議会	開催日時		審議結果	協議会名	出席委員数
	1回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□入院延長　□退院		
	2回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		
	3回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		
	4回目	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	□再延長　□退院		

退院	□退院	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	退院理由	□病原体を保有しない □症状の消失
	□転床等	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時		

各種請求確認	請求内容	□検査請求（法第１８条）　□退院請求（法第２２条）		
	請求日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	受理者	保健所
	確認日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	検査結果	
	連絡日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	連絡者	保健所
	請求内容	□検査請求（法第１８条）　□退院請求（法第２２条）		
	請求日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	受理者	保健所
	確認日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	検査結果	
	連絡日	平成　　年　　月　　日　AM・PM　　時	連絡者	保健所

検体採取勧告等	□勧　告	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	通知相手名	
	□措　置	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	実施保健所名	保健所
	採取（提出）日時	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検　　体	便・血液・その他（　　）		
	検査方法			
	結果判定日	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検査機関名			

検体・病原体	□命　令	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	通知相手名	
	□収　去	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時	実施保健所名	保健所
	提出（収去）日時	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検　　体	便・血液・その他（　　）		
	検査方法			
	結果判定日	平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時		
	検査機関名			

6-23

接触者健康調査表

氏名 電話		歳	性別	

最終接触より	日付	曜日	体温	症状	（症状ありの場合、その内容）	備考
0日						
1日						
2日						
3日						
4日						
5日						
6日						
7日						
8日						
9日						
10日						
11日						
12日						
13日						
14日						
15日						
16日						
17日						
18日						
19日						
20日						

6-24

患者健康調査表

氏名 電話		歳	性別

発症日 より	日付	曜日	体温	症状	（症状ありの場合、その内容）	備考
0日						
1日						
2日						
3日						
4日						
5日						
6日						
7日						
8日						
9日						
10日						
11日						
12日						
13日						
14日						
15日						
16日						
17日						
18日						
19日						
20日						

様式第10号

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○
（公印省略）

健康診断の実施について（勧告）

あなたは結核に感染しているおそれがありますので、結核のまん延を防止するため、下記のとおり健康診断を受けてください。

記

1　健康診断を受ける期限
令和　　年　　月　　日までに受診してください。

2　健康診断を受ける場所

3　その他
（1）　今回の健康診断にかかる費用は無料です。
（2）　この勧告は、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17条第1項に基づくものです。
（3）　健康診断を受けない場合は、健康診断の措置を実施することがあります。

担当：
電話：

(R4)

6-26

様式第11号

健康診断実施措置書

指令　　第　　号
（住　　所）
（氏　　名）

あなたは結核に感染しているおそれがありますが、令和　　年　　月　　日付け第　　号による勧告に従わず、健康診断を受けなかったので、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（平成１０年法律第１１４号）第１７条第２項の規定により、健康診断の措置を実施します。

記

１　実施日時
令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時

２　実施場所

３　方法

４　参考

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１７条第２項 都道府県知事は、（略）勧告を受けた者が当該勧告に従わないときは、当該勧告による感染症にかかつていると疑うに足りる正当な理由のある者について、当該職員に健康診断を行わせることができる。

令和　　年　　月　　日

埼玉県　　保健所長　○○　○○印

教　示

1　審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2　取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（１の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に、埼玉県を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において埼玉県を代表する者は、埼玉県知事です。

ただし、この処分があったことを知った日（１の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日（１の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

担当：

電話：

(H30)

様式第12号

保　第　　号
令和　　年　　月　　日

（あて先）
　　県　　保健所長

埼玉県　　保健所長
（公印省略）

健康診断の実施について（依頼）

当所管轄内で結核患者が登録され、その接触者が貴所管轄内の住所であることが判明しました。

つきましては、下記の方（方々）の健康診断の実施等について、御配慮くださいますよう、お願いいたします。

また、診断終了後は結果をお知らせくださるよう、併せてお願いいたします。

記

１　初発患者の概要
（１）　年齢・性別　　歳代、（男・女）
（２）　職業
（３）　届出年月日
（４）　現在までの状況
　　（＊　自覚症状、学会分類、排菌状況等必要な事項を必要最小限記入。）

２　接触者について
（＊　複数いるときは表形式等に工夫して一覧できるようにする。）
（１）　氏名
（２）　住所・連絡先
（３）　患者との関係
　　（＊　接触したと思われる時期を併記）

３　添付資料
　　（＊　必要に応じて結核患者登録票（写）等を添付）

(H23)

様式第 13 号　　第　　号

令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○

結核健康診断の結果について（通知）

このことについて、下記のとおり通知します。

記

1　胸部エックス線検査

撮影日	実施場所	結果
令和　　年　　月　　日	保健所 その他 （　　）	所見なし 所見あり （　　）

2　ツベルクリン反応検査

実施日	実施場所	判定
（実施）令和　　年　　月　　日 （判定）令和　　年　　月　　日	保健所 その他 （　　）	× （　×　） ×

3　ＩＧＲＡ検査

実施日	実施場所	判定
（採血）令和　　年　　月　　日 （判定）令和　　年　　月　　日	保健所 その他 （　　）	

4　今後の健診予定等

該当	内容
	今回の検査結果から「結核菌に感染している可能性は極めて低い」と考えられますので、今回の健診をもって、検査は終了となります。
	次回健診の予定は、平成　　年　　月となります。
	今回の健診をもって、当保健所での経過観察は終了となります。
	医療機関紹介：要精密検査（　　） 要治療（　　） その他（　　）

＊今後、咳・たん・胸痛・微熱・体のだるさ等の症状が２週間以上続いた場合は、医療機関を受診してください。

担当：保健予防推進担当（結核担当）

電話：

(H28)

様式第46号

入院勧告・措置解除通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　様

保健所長　○○　○○　印

あなたに対する入院勧告・措置を下記のとおり解除します。

記

1　入院勧告・措置解除日
　令和　　年　　月　　日

2　解除すべき医療機関名

(H24)

6-30

様式第50号

就業制限解除通知書

第　　号
令和　　年　　月　　日

様

埼玉県　　保健所長　○○　○○　印

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１８条第２項の規定による就業制限は、下記のとおり解除されましたので通知します。

記

１　感染症の名称

２　感染症の症状が消失したことの確認日時
（１）確認年月日　　令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時
（２）確 認 方 法

担当：
電話：

(H24)