

後天性免疫不全症候群発生届（H I V感染症を含む）

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条第 1 項（同条第 10 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名
 従事する病院・診療所の名称
 上記病院・診療所の所在地（※）
 電話番号（※）（ ） -
 （※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類			
・ 患者（確定例） ・ 無症状病原体保有者 ・ 感染症死亡者の死体			
2 性 別	男 ・ 女		
3 診断時の年齢	歳		
4 病 名	1) 無症候性キャリア 2) A I D S 3) その他（ ）	6 診 断 時 の 症 状 等	① 診断時の症状（無症候性キャリアの場合は記載不要） 1) 有 2) 無 ② 診断時の C D 4 値 1) C D 4 値（ /μL） 2) 検査実施日時（ 年 月 日）
5-1 診 断 方 法	・ 抗 H I V 抗体スクリーニング検査 1) ELISA法 2) P A 法 3) I C 法 4) その他（ ） ・ 確認検査 1) Western Blot法 2) その他（ ） ・ 病原検査 1) H I V 抗原検査 2) ウイルス分離 3) P C R 法 4) その他（ ） ・ 18 か月未満の児の免疫学的所見 （ ） （該当するもの全てに○をすること）		7 発病年月日 （AIDSの指標疾患（5-2）の発病日） 8 初診年月日 9 診断（検案※）年月日 （AIDSの場合は指標疾患（5-2）の診断日） 10 感染したと推定される年月日 11 死亡年月日 ※