

(別紙 1)

保健所コード 西暦 ID

一類感染症、二類感染症及び三類感染症発生届出票

北海道知事 様
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条の規定により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名
所属する病院・診療所等施設名
上記施設の住所・電話番号
報告年月日(年 月 日)
印(自筆または記名押印のこと)
(電話)
(\*所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること)

Table with 4 columns: 1 患者氏名, 2 性別, 3 診断時の年齢, 4 患者職業, 5 患者住所, 6 患者所在地, 7 保護者氏名, 8 保護者連絡先.

Table with 4 columns: 9 病名, 10 診断方法, 11 症状, 12 発病年月日. Includes sub-rows 13-16 for dates.

この届出は診断後直ちに行ってください

Table with 3 columns: 17 推定される感染地域・感染原因・感染経路.

18 その他感染症のまん延防止及び当該医療者の医療のために必要と認める事項

(2、9、10、17欄は該当する番号等を で囲み、3、4、12、13、14、15、16欄は年齢・年月日等を記入すること。欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること)