

結核発生届 記入例及び注意事項

○結核発生届は診断後直ち（診断当日）に行ってください。なお、L T B I と診断して治療をする場合は、潜在性結核感染症として結核発生届が必要です。

○感染症法第37条の2の公費負担の有効期間の開始日は、結核医療費公費負担申請書を保健所が受理した日からとなります。診断日から抗結核薬を内服開始する場合は、結核発生届と併せて、結核医療費公費負担申請書の提出をお願いします。

別記様式2-2

結 核 発 生 届

報告日は診断年月日と一致させてください。

診断医師名（署名又は記名押印）及び医療機関情報を記入してください。

該当する病型・症状に○をしてください。肺結核以外の場合は「2」その他の結核」の括弧内に記入してください。

結核と診断した検査結果及び検体に○をしてください。（検体が喀痰以外の場合は「その他」の括弧内に検体名を記入してください。）
検体の採取日を記入してください。

患者情報を記入してください。患者が入院している場合は、「8 当該者所在地」に入院している医療機関の所在地を記入してください。

感染原因・経路・地域について記入してください。不明または推定できない場合は、「その他」の括弧内に「不明」と記入してください。

「初診年月日」及び「診断年月日」を必ず記入してください。
注：結核発生届は診断年月日に行ってください。

知事（保健所設置市長・特別区長） 殿	
及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。） 、以下のとおり届け出る。	
診断医師の氏名	報告年月日 令和 年 月 日
（署名又は記名押印のこと）	
診察する病院・診療所の名称	
上記病院・診療所の所在地（※）	
電話番号（※）	
（※病院・診療所に併設していない医師にあっては、その住所）	
診断（検査）した者（死体）の類型	
者（確定例）・無症状病原体保有者・疑似症患者・感染症死亡者の死体・感染	
当該者氏名	3 性別 4 生年月日 5 診断時の年齢（0歳は月）
男・女	年 月 日 歳（ が月）
当該者住所	電話
当該者所在地	電話（
保護者氏名	10 保護者住所 （9、10は患者が未成年の場合のみ記入）
	電話（
病 型	18 感染原因・感染経路・感染地域
結核（2）その他の結核（	①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）
せき・たん・発熱・胸痛	飛沫核・飛沫感染（感染源の種類）
・呼吸困難	2 その他（
その他（	② 感染地域（ 確定・推定 ）
）	1 日本国内（ 都道府県 市町村
）	2 国外（ 国 地域
）	）
12 診断方法	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
・塗抹検査による病原体の検出	
検体：喀痰・その他（	
・分離・同定による病原体の検出	
検体：喀痰・その他（	
・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出	
検体：喀痰・その他（	
・病理検査における特異的所見の確認	
検体：（	
所見：（	
ツベルクリン反応検査	
（発赤・硬結・水疱・壊死）	
リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インター	
フェロニン試験	
像検査における所見の確認	
（	
他の方法（	
検体：（	
結果（	
臨床決定	
初診年月日 令和 年 月 日	
（検査（※））年月日 令和 年 月 日	
推定と推定される年月日 令和 年 月 日	
年月日（※） 令和 年 月 日	
年月日（※） 令和 年 月 日	
11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。（※）欄は、患者（確定）欄は、該当するものすべてを記載すること。）	

直ちに