

令和5年4月28日

京都私立病院協会長 様

京都市保健福祉局長
〔医療衛生推進室医療衛生企画課〕
健康危機対策担当TEL：746-7200

麻疹及び風疹臨床診断時における検査診断の協力依頼について

時下、益々御清祥のこととお慶び申し上げます。平素は本市医療衛生推進事業に多大な御協力いただき、誠にありがとうございます。

麻疹については、平成27年3月27日付けで世界保健機関西太平洋地域事務局により、日本が排除状態にあることが認定されましたが、今後、海外で感染した患者を契機とした国内での感染拡大も推測されます。国は「麻疹に関する特定感染症予防指針（平成31年4月19日一部改正）」において、麻疹を正確に見分けるために病原体を確認することが不可欠とされていることから、原則としてすべての発生例を検査診断することとしております。

また、風疹につきましても同様に、「風疹に関する特定感染症予防指針（平成29年12月21日一部改正）」において、原則としてすべての発生例を検査診断することとしております。

つきましては、臨床診断をした際は、臨床診断例として麻疹又は風疹の発生届（別添のとおり）を行っていただき、血清IgM抗体検査等の血清抗体価の測定の実施と本市への下記に示す検体の提供に御協力をいただきますよう、貴会傘下会員の皆様へ周知をよろしくお願い致します。

記

1 検体

- (1) 咽頭ぬぐい液
- (2) 血液（EDTA加） 3～5mL
- (3) 尿 滅菌スピッツに10~20mL

※診断後できるだけ早期に採取し冷蔵保存してください。

2 検査方法

PCR法による麻疹及び風疹ウイルス遺伝子検出

3 その他

検査結果が陰性であった場合、届出を取り下げさせていただくこととなりますので、御了承ください。

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5-23

麻 し ん 発 生 届

京都市長 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

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

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|--------|-----------------|---------|--|
| 1 診断(検案)した者(死体)の種類 | | | | | |
| ・患者(確定例) ・感染症死亡者の死体 | | | | | |
| 2 当該者氏名 | 3 性別 | 4 生年月日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) | 6 当該者職業 | |
| | 男・女 | 年 月 日 | 歳 (月) | | |
| 7 当該者住所 | | | | | |
| 電話 () - | | | | | |
| 8 当該者所在地 | | | | | |
| 電話 () - | | | | | |
| 9 保護者氏名 | 10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) | | | | |
| | 電話 () - | | | | |

| 病 型 | 13 感染原因・感染経路・感染地域 |
|--|---|
| 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) | ①感染原因・感染経路 (確定 ・ 推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源となった麻疹患者・状況 : _____) 2 接触感染 (感染源となった麻疹患者・物の種類・状況 : _____) 3 その他 (_____) |
| 11 症 状 ・発熱 (月 日出現) ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・眼脂 ・コプリック斑 ・発疹 (月 日出現) ・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・脳炎 (急性脳炎の届出もお願いします) ・その他 (_____) | ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (_____ 都道府県 _____ 市区町村) 2 国外 (_____ 国 _____) ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間 (出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については 入国日のみで可) |
| 12 診 断 方 法 (ア) 分離・同定による病原体の検出 検体: 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他 (_____) 検体採取日 (_____ 月 _____ 日) 結果 (陽性・陰性) 遺伝子型: (_____) (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他 (_____) 検体採取日 (_____ 月 _____ 日) 結果 (陽性・陰性) 遺伝子型: (_____) (ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日 (_____ 月 _____ 日) 結果 (陽性・陰性・判定保留) 抗体価: (_____) (エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日 (1回目 _____ 月 _____ 日 2回目 _____ 月 _____ 日) 抗体価 (1回目 _____ 2回目 _____) 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法: EIA ・ HI ・ NT ・ PA ・ その他 (_____) (オ) その他の検査方法 (_____) 検体 (_____) 検体採取日 (_____ 月 _____ 日) 結果 (_____) (カ) 臨床決定 (_____) | ③麻しん含有ワクチン接種歴 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・R _____ 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・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・不明) 製造会社/Lot番号 (_____ / _____ ・不明) |
| | 14 初診年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 15 診断(検案(※))年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 16 感染したと推定される年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 17 発病年月日 (*) _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 18 死亡年月日 (※) _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 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 |

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11 から 13 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 14 から 18 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。
 (*) 欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、風しんでないと判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5-22

風 し ん 発 生 届

京都市長 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 _____
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) () - _____
 (※病院・診療所に従事していない医師にあつては、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) ・感染症死亡者の死体 | | | | | |
| 2 当該者氏名 | 3 性別 | 4 生年月日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) | 6 当該者職業 | |
| | 男・女 | 年 月 日 | 歳 (月) | | |
| 7 当該者住所 | | | | | |
| 電話 () - | | | | | |
| 8 当該者所在地 | | | | | |
| 電話 () - | | | | | |
| 9 保護者氏名 | 10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) | | | | |
| | 電話 () - | | | | |

| 病 型 | | 13 感染原因・感染経路・感染地域 |
|---------------|---|--|
| 1) 風しん(検査診断例) | 2) 風しん(臨床診断例) | ①感染原因・感染経路(確定・推定) |
| 11 症 状 | ・発熱(月 日出現) ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・発疹(月 日出現) ・リンパ節腫脹 ・関節痛・関節炎 ・血小板減少性紫斑病 ・脳炎(急性脳炎の届出もお願いします) ・その他() | 1 飛沫感染(感染源となった風しん患者・状況:) 2 接触感染(感染源となった風しん患者・物の種類・状況:) 3 その他() |
| 12 診断方法 | 陰性結果を含め実施したものを全て記載して下さい。 (ア) 分離・同定による病原体の検出 検体: 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他() 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) 遺伝子型:() (イ) 検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体: 咽頭拭い液・血液・髄液・尿・その他() 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) 遺伝子型:() (ウ) 血清IgM抗体の検出 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性・判定保留) 抗体価:() (エ) ペア血清での抗体の検出 検体採取日(1回目 月 日 2回目 月 日) 抗体価 (1回目 2回目)(単位) 結果: 抗体陽転・抗体価の有意上昇 検査方法: HI・EIA・ELFA・LTI・CLEIA・LA その他() (オ) その他の検査方法() 検体() 検体採取日(月 日) 結果() (カ) 臨床決定() | ②感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市区町村) 2 国外(国) 詳細地域() ※ 複数の国又は地域が該当する場合は全て記載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日) 国外居住者については 入国日のみで可) ③風しん含有ワクチン接種歴 1回目 有(歳)・無・不明 ワクチンの種類(風しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日(S・H・R 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(風しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日(S・H・R 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号(/ ・不明) |
| | | 14 初診年月日 令和 年 月 日 |
| | | 15 診断(検案(※))年月日 令和 年 月 日 |
| | | 16 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日 |
| | | 17 発病年月日(*) 令和 年 月 日 |
| | | 18 死亡年月日(※) 令和 年 月 日 |
| | | 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必要と認める事項 |
| | | ・妊娠の有無(女性のみ) 有(週)・無・不明 |

この届出は診断後直ちに行ってください

(病型、1、3、11から13、19欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、14から18欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
 11、12、19欄は、該当するものすべてを記載すること。)