

結 核 発 生 届

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

印

（署名又は記名押印のこと）

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）

Table with 6 columns: 1 診断（検案）した者（死体）の類型, 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. Includes fields for address and phone numbers.

Main table with columns for 病型 (Disease Type) and 18 感染原因・感染経路・感染地域 (Infection Cause/Route/Area). Includes 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, 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、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。)