

リケッチア症診療の手引き

～つつが虫病と日本紅斑熱～



アカツツガムシ
幼虫(上)
成虫(下)

フタトゲチマダニ
雌 吸血前(上)
雌 吸血後(下)

「リケッチア症診療の手引き」(初版)発行にあたって

これまで身近に利用できるリケッチア症診療のための手引き書が存在していませんでした。わが国において報告されるリケッチア症は年間1,000例に満たない状況にあり、本症に対する診療経験の少ない医師にとってどの様なときにリケッチア症を疑い、疑った場合に診断や治療をいかに進めて行くべきか、悩みの多い感染症でした。この領域を専門的に扱っている研究会(リケッチア研究会と日本リケッチア症臨床研究会)を母体とし、さらにAMED研究(課題管理番号18fk0108068j0001)の一環として、本格的な意見交換を行ってきました。

本手引き書を編集するに当たり、リケッチア感染症の最新の情報を含み、未経験の医師にもわかりやすいものを作成することに主眼を置きました。最も議論を重ねたのは日本紅斑熱の治療に関する部分でした。日本紅斑熱の抗菌薬選択に関しては、新興感染症であるがゆえにまだ議論の余地が残されています。最適治療の結論を出すためには、日本紅斑熱に関してのランダム化比較試験(RCT)を実施し、適正な抗菌薬の使用法を確定していくべきなのかもしれません。

本手引き書の策定作業は、第一段階として数名から構成される有志による原案作成の後、リケッチア症に深く携わる臨床医、診断の専門家および疫学情報に詳しい専門家のほか事務局を含めた15名により、原案提示ののちに意見交換を繰り返し修正を重ねました。その結果を今回は福井大学病院・感染制御部のホームページ内に掲げることで、国内の医療機関の皆様の目に触れて頂き、今後さらなるご意見を頂戴し、それを集約していくことを希望いたします。そしていづれ「リケッチア症診療ガイドライン」として発行できることを切に願います。

ここに、「リケッチア症診療の手引き」の作成・編集にご協力をいただいたすべての方々に感謝の意を表したいと思います。

福井大学 感染制御部 岩崎博道

2019年4月15日

連絡先

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3

福井大学医学部附属病院

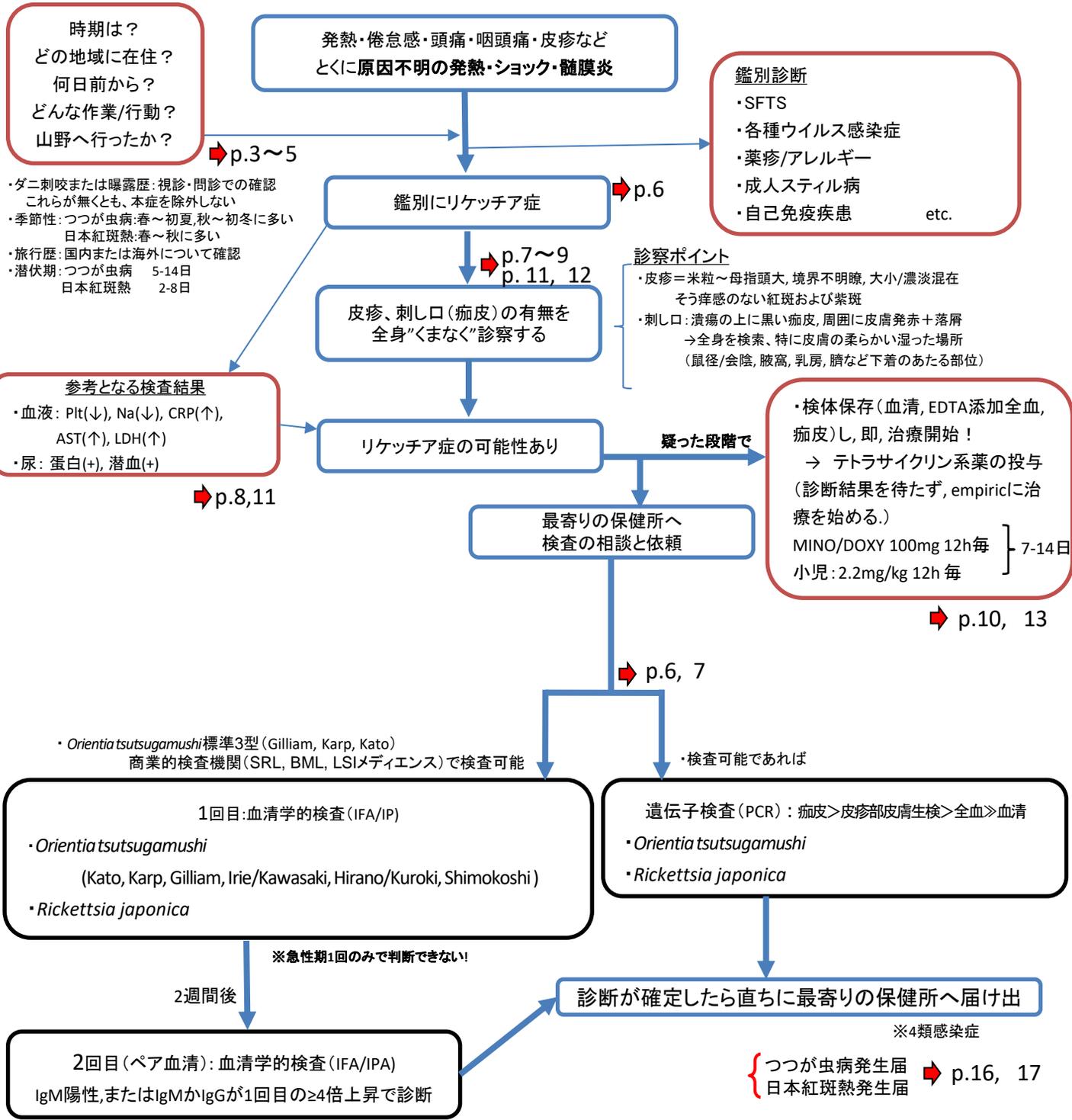
医療環境制御センター・感染制御部

岩崎博道

TEL: 0776-61-8693(直通) FAX: 0776-61-8195

メールアドレス: hiwasaki@u-fukui.ac.jp

リケッチア症診療のフローチャート

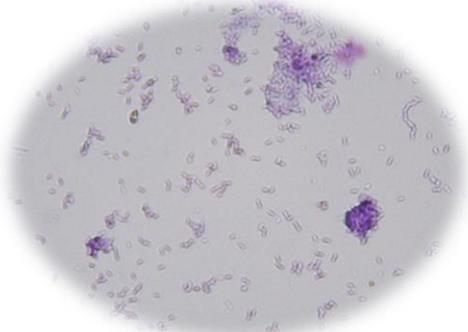


写真提供(敬称略)
 岩崎博道(福井大学医学部感染制御部)
 角坂照基(愛知医科大学感染・免疫学)
 田居克規(福井大学医学部感染制御部)
 高田伸弘(福井大学医学部)
 馬原彦彦(馬原医院・馬原アカリ医学研究所)

リケッチアとは



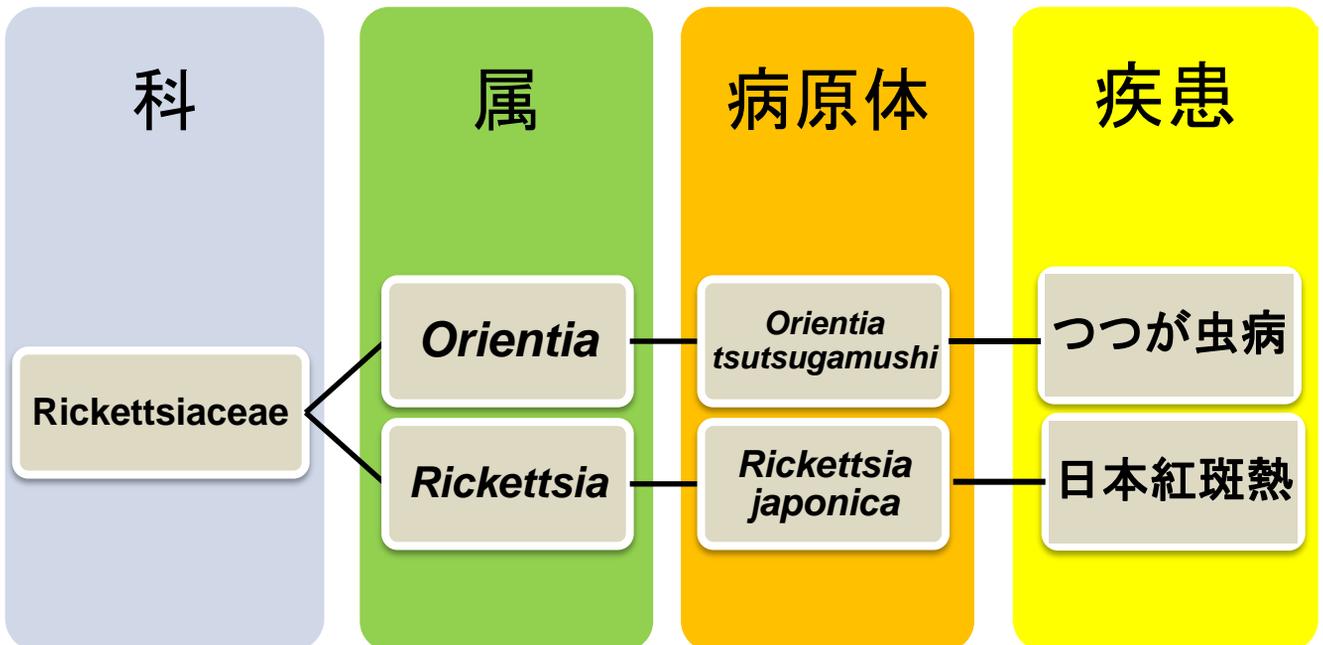
吸血したタカサゴキラマ
ダニ(雌)



L929細胞内で増殖したリケッチア
(オリエンティア・ツツガムシ)

- 世界各地の自然界に分布し, ダニ類, ノミ類, シラミ類などの媒介動物(ベクター)を介してヒトに感染する.
- 細胞内でのみ増殖可能な偏性細胞内寄生細菌であり, 人工培地では増殖できない.
- リケッチア目・リケッチア科に属する病原体としては, 紅斑熱群, 発疹チフス群およびつつが虫病群がある.

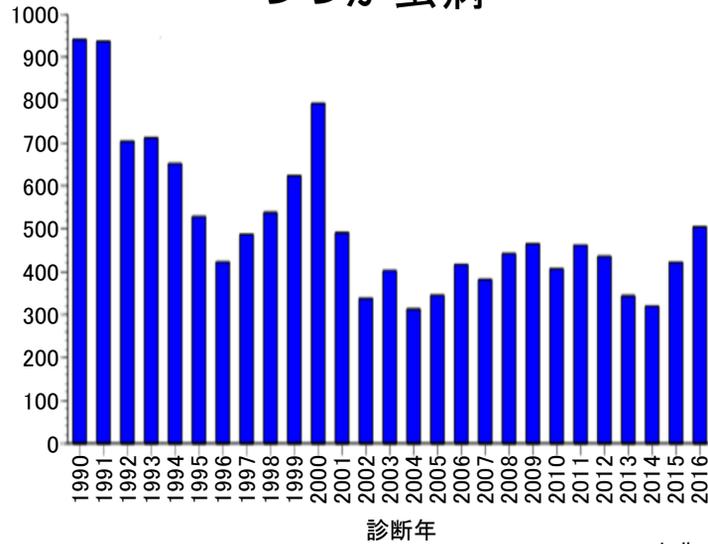
日本の主なリケッチア症



年別患者報告数 (1990～2016年)

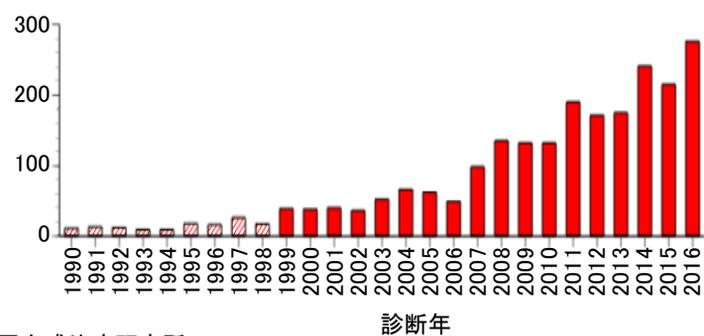
患者数
(人)

つつが虫病



日本紅斑熱

患者数
(人)

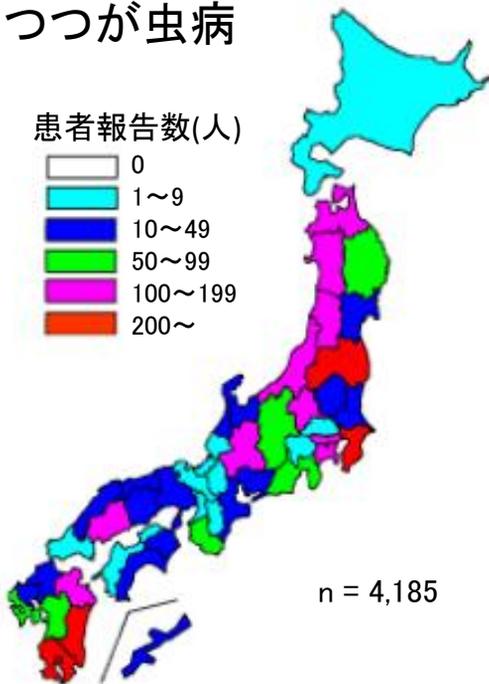
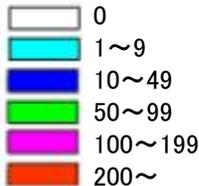


出典: 国立感染症研究所 IASR

都道府県別患者報告状況 (2007～2016年)

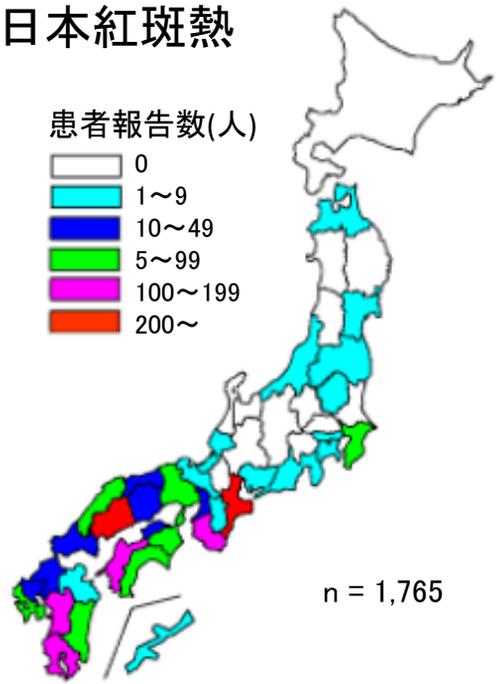
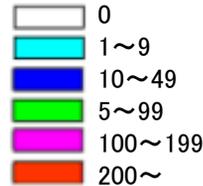
つつが虫病

患者報告数(人)



日本紅斑熱

患者報告数(人)



- 2008年の北海道の届け出例は東京都内での感染が推測された。
- 鹿児島県が最も多く(年平均60例程度)、次いで福島県、宮崎県、千葉県であった(年平均30例以上)。

出典: 国立感染症研究所 IASR

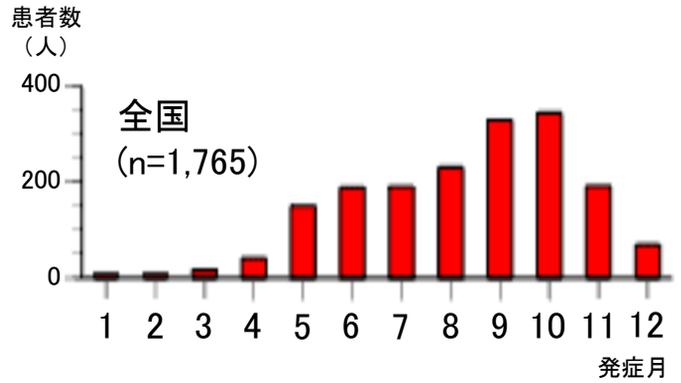
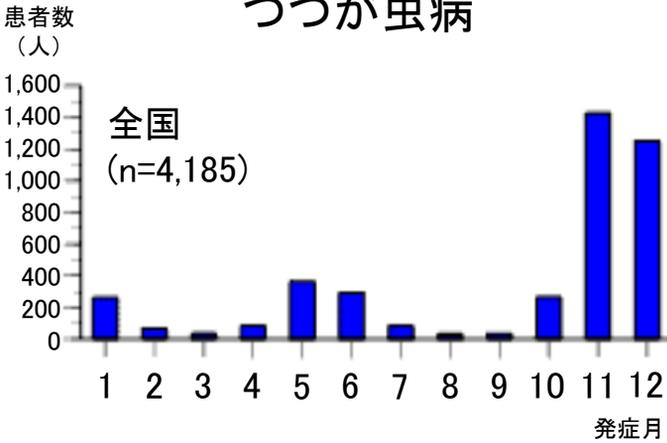
- 近年、栃木県、新潟県でも新たに患者が報告された。
- 青森県、宮城県、福島県の症例は他県での感染、もしくは他の紅斑熱群であった。
- 三重県が最も多く(年平均35例)で、次いで広島県、和歌山県、熊本県と続き、西日本からの報告が多い。

出典: 国立感染症研究所 IASR

診断月別患者報告数 (2007~2016年)

つつが虫病

日本紅斑熱



- 全国では5~6月と11~12月の二つのピークがある。地域によっては発生パターンが異なる。

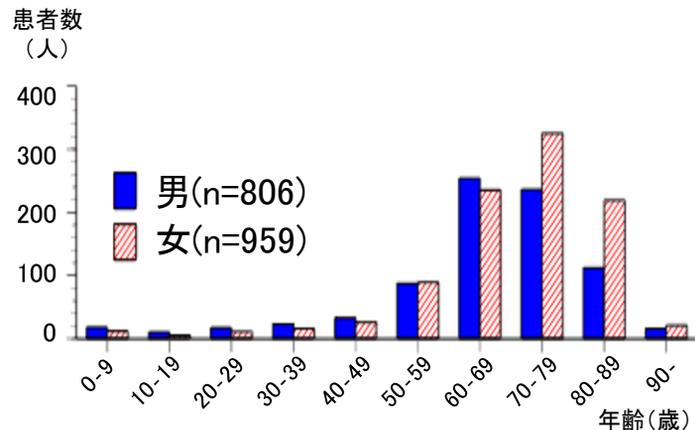
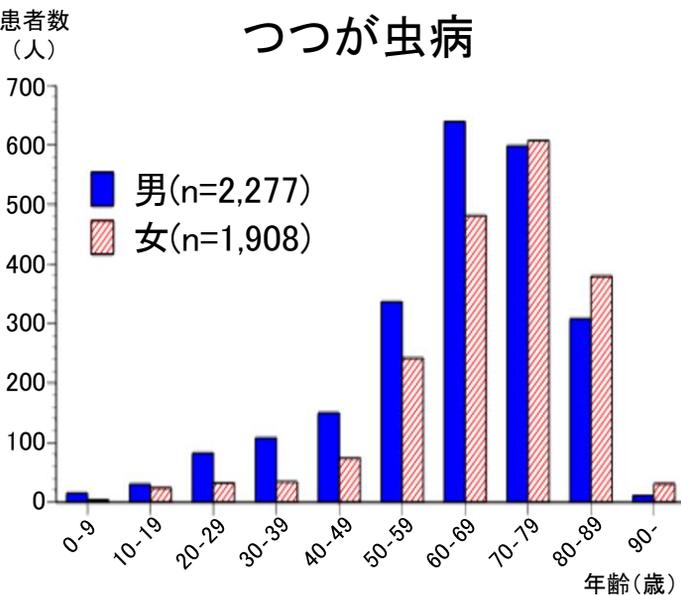
- 4~10月にかけて増加し、マダニの活動時期と一致する。

出典: 国立感染症研究所 IASR

性別・年齢別患者報告数 (2007~2016年)

つつが虫病

日本紅斑熱

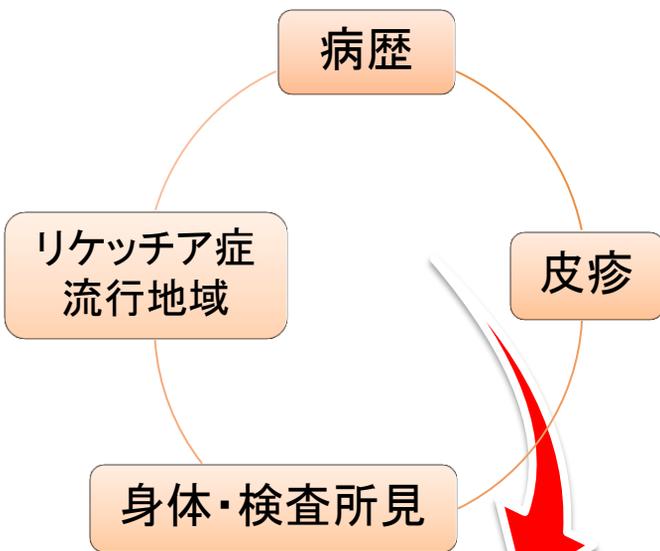


- 年齢中央値は68歳 (男性66歳, 女性71歳)

- 年齢中央値は70歳 (男性68歳, 女性72歳)

出典: 国立感染症研究所 IASR

リケッチア症の診断



- 全身を検索, 特に皮膚の柔らかい湿った場所(鼠径/会陰, 腋窩, 乳房, 臍など下着のあたる部位)を診る.

Weil-Felix反応はつつが虫病はOX-K株, 日本紅斑熱はOX-2株か, OX-19株のいずれかに陽性となるが, 感度は30~61%と高くない.

■ *Orientia tsutsugamushi*の血清型

Orientia tsutsugamushi

➤ 日本では, 6型に分類される.



標準3型: 商業的検査機関で検査可能.
(→ 保険適用あり)

標準3型以外の血清型が優占する地域もある.
これらの血清型の一部は, 標準3型で検査した場合に交差反応によって抗体検出が可能ではあるが, 反応性が弱いこともあって確定診断が難しいことがある.

- 血清抗体価の上昇を確認する(IFA, IP).
IFA ; indirect immunofluorescence assay
IP ; indirect immunoperoxidase assay

血清抗 *O. tsutsugamushi* 抗体
血清抗 *R. japonica* 抗体

- 急性期を1回目とする約2週間の間隔をおいたペア血清によるIgMまたはIgG抗体価の上昇(≥ 4).

- 痂皮・皮疹部皮膚組織または血液検体からPCRにより 特異的遺伝子を検出する.

O. tsutsugamushi DNA
R. japonica DNA

- PCR法には, 痂皮が特に有用.

- 血液検体から *O. tsutsugamushi* あるいは *R. japonica* 分離・同定を行う.

商業的検査機関では *O. tsutsugamushi* 標準3型以外の血清型および *R. japonica* に対する抗体価の測定はできないため, 最寄りの保健所を通して, 地方衛生研究所に血清を用いたIFA/IPを依頼する.

リケッチア症を疑うためには・・・

原因不明の発熱・皮疹等

- 行動範囲がリケッチア症の発生既往地域かどうか？
- 草叢・林・山・耕地・河川敷などの野外での活動歴は？
- ダニ刺咬の有無は？



タカサゴキララマダニ(若虫)

- リケッチア症を疑ったら、確定診断を待たずに、有効な治療を開始する。
- 最寄りの保健所に相談して必要に応じて検査を依頼する。

検査の手順

確定診断

- ◆ *O. tsutsugamushi* 標準3型は商業的検査機関で抗体検査が可能。
- ◆ *O. tsutsugamushi* 標準3型以外の血清型および *R. japonica* に対する抗体検査やPCR検査を希望の場合は管轄保健所に相談・依頼。

検査材料

- 血清(抗体検査用)・・・保存は-20℃凍結(長期間の場合)または4℃冷蔵(1週間ほどの短期間の場合)。急性期と回復期(2週間後)の両方を確保。
- 全血・血餅(PCR検査・リケッチア分離用)・・・急性期材料(EDTAまたはクエン酸添加も可), -70℃~-80℃保存。
- 刺し口の痂皮(PCR検査用)・・・ピンセットで剥がして採取し、そのまま滅菌スピッツに入れて冷凍保存。ホルマリン固定などせず乾燥のままでも可。
- 生検皮疹部位皮膚(PCR検査用)・・・ホルマリン固定せずに冷蔵か冷凍で保存。

つつが虫病の3主徴

①発熱

弛張熱または稽留熱を認める。

治療開始後3日以内に解熱する症例が多い。

②皮疹

小豆大～母指頭大の辺縁が不整形のそう痒感のない紅斑を認める。

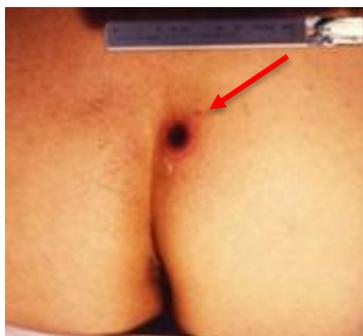
全身性(体幹優位)に現れる。

③刺し口

径10 mm前後の(潰瘍の上に)黒色痂皮とその周囲に発赤を伴う。

多くはそう痒感・疼痛を伴わないが、アカツガムシ刺症の場合、特有の疼痛がある。

つつが虫病の皮疹・刺し口



- 3主徴については、来院時25%程度が発熱を認めず、半数以上の患者が皮疹や刺し口を自覚していない、あるいは自ら訴えないことに注意する。 8

つつが虫病の病因・疫学

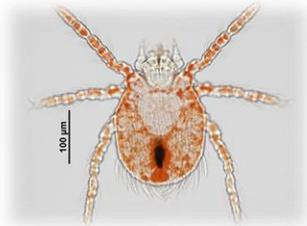
- *Orientia tsutsugamushi* を保有するツツガムシ(アカツツガムシ, タテツツガムシ, フトゲツツガムシ等)の幼虫に刺咬されて感染する。
- 1878年にはじめて報告され, 山形県・秋田県・新潟県などの地域で夏季に河川敷(信濃川・阿賀野川・最上川等)で感染する風土病として, 認識されていた(=アカツツガムシによるつつが虫病)。
- 発症時期はツツガムシの種類別の活動期に一致し, 春～初夏(アカツツガムシ), 秋～初冬または春先(タテツツガムシ, フトゲツツガムシ)に多い。2017年は439例が報告された。
- 全都府県から届け出がされている(北海道の届け出例の発生推定地は関東)。
- 感染症法の4類感染症であり, 診断したら直ちに最寄りの保健所に届け出る必要がある。



アカツツガムシ(幼虫)



アカツツガムシ(成虫)



フトゲツツガムシ(幼虫)



枯草の茎の先端に群がる
タテツツガムシ(幼虫)

- ツツガムシの体長: 0.2~0.8 mm.
- 全ての個体ではなく, リケッチアを保菌している一部の個体が疾患に関係する。
- 若虫と成虫は草叢や山林の土中に生息し, 幼虫のみが寄生性でヒトを刺咬する。幼虫の宿主待ち伏せ場所は地表, 枯草・枯枝上, 植生上などがある。

臨床症状・検査所見

- 潜伏期は5~14日。
- 発熱, 頭痛, 悪寒戦慄, 全身倦怠感, 食欲不振, 所属あるいは全身リンパ節腫脹, 筋肉痛, 関節痛, 結膜充血, 咽頭発赤, 下痢・嘔吐などを伴う。
- ショック, 難聴, DIC, 髄膜炎, 痙攣, 意識障害, ARDS, 胃腸障害, 血球貪食症候群, SIRS, 多臓器不全を呈することがある。
- 白血球増多の頻度は少ない。白血球分画では好酸球の消失, 異型リンパ球の出現をしばしば認め, 血小板減少をきたすことがある。低Na血症, Cr, AST, ALT, LDH, CRP上昇など見られる。
- 尿蛋白・尿潜血陽性になることが多い。

つつが虫病の治療

標準治療薬：テトラサイクリン系抗菌薬

ミノサイクリン

1回100 mg 1日2回 経口または点滴静注 7～10日間

または

ドキシサイクリン 1回100 mg 1日2回 経口※ 7～10日間

代替薬

アジスロマイシン 1回500 mg 1日1回 経口※ 3日間

クロラムフェニコール 1回500 mg 1日3回 経口 7～10日間

※保険適用外

- βラクタム系薬やアミノ配糖体，ニューキノロン系薬は無効である。
- 妊産婦：原則禁忌。しかし代替薬がなく，標準治療薬の使用には十分な説明と同意が必要。
- 米国CDCはロッキー山紅斑熱に対し，小児(<45kg)の歯牙着色の問題はないとして，ドキシサイクリン使用を推奨している(1回 2.2mg/kg 1日2回)。

つつが虫病の経過・予後

- 治療開始後は3日以内に解熱し，自・他覚所見も軽快することが多い。
- 適切な診断・治療がなされれば予後は一般的に良好である。
- 治療の遅れから重症化することがあり，死亡例の報告もある。
- 標準3血清型(Gilliam, Karp, Kato)は病原性が強い。
- 死亡例の報告は，秋より春に多く，フトゲツツガムシ媒介性(GilliamとKarp)が主体の東北地方に多い傾向にある。
- 節足動物媒介感染症であるため，ヒト-ヒト感染はない。標準予防策を遵守する。

日本紅斑熱の3主徴

①発熱

弛張熱または稽留熱を認める。

治療開始後, 解熱に3日以上かかる場合がある。

②皮疹

米粒大から小豆大の辺縁が不整形のそう痒感のない紅斑・紫斑を全身に認める。

顔面や手掌・足底を含む全身性(四肢優位)に現れる。

③刺し口

径5 mm前後の(潰瘍の上に)黒色痂皮とその周囲に発赤を伴う。

多くはそう痒感・疼痛を伴わない。

日本紅斑熱の皮疹・刺し口



- 3主徴: 来院時25%程度が発熱を認めず, 半数以上の患者が皮疹や刺し口を自覚していない, あるいは自ら訴えないことに注意する。

日本紅斑熱の病因・疫学

- *Rickettsia japonica* を保有するマダニ類(キチマダニ, フトゲチマダニ, ヤマアラシチマダニ等)に刺咬されて感染する.
- 1984年にはじめて徳島県で第1例目が報告され, 届け出数は近年増加し, 2017年は337例が報告されている.
- 発症時期はマダニの活動期に一致(3~11月)し, 夏から秋に多い.
- 関東以西の比較的温暖な太平洋沿岸に多かったが, 近年, 届け出地域は拡大傾向にある.
- 近年では *R. heilongjiangensis*, *R. helvetica* および *R. tamurae* 等の多種のリケッチア病原体が確認されている.
- 感染症法の4類感染症であり, 診断したら直ちに最寄りの保健所に届け出る必要がある.



ヤマアラシチマダニ(幼虫)



フトゲチマダニ(雌)



フトゲチマダニ(吸血前・後)

- マダニの体長: 1.8~8mm
- 草叢や山林に生息し, シカやイノシシ等に寄生する.

臨床症状・検査所見

- 潜伏期は2~8日.
- 頭痛, 発熱, 悪寒戦慄, 全身倦怠感, 関節痛, 筋肉痛, 結膜充血, 咽頭発赤, 下痢, 嘔吐, 浮腫などを伴う. リンパ節腫脹は, 目立たないことが多い.
- ショック, DIC, 意識障害, 髄膜炎, 痙攣, ARDS, 胃腸障害, 血球貪食症候群, SIRS, 多臓器不全を呈することがある.
- 白血球増多の頻度は少ない. 血小板減少, 低Na血症, Cr, AST, ALT, LDH, CPK, CRP上昇などが見られる.
- 尿蛋白, 尿潜血陽性になることが多い.

日本紅斑熱の治療

標準治療薬：テトラサイクリン系薬

ミノサイクリン※ 1回100 mg 1日2回 経口または点滴静注 7～14日間
または
ドキシサイクリン※ 1回100 mg 1日2回 経口 7～14日間

- テトラサイクリン系薬単独治療難反応例に、テトラサイクリン系薬とニューキノロン系薬の併用療法も選択されることがある。
上記処方（ミノサイクリンまたはドキシサイクリン）にシプロフロキサシン 1回 400 mg 1日 2回※ 7～14日間を加える。 ※ 厚労省より当該使用事例を保険審査上認めるとされた（2013年、保医発0316第1号） ▶ 下記トピックス参照
- キノロン系薬の単独使用は推奨されない。
- βラクタム系薬やアミノ配糖体は無効である。
- 妊産婦：原則禁忌。しかし代替薬がなく、標準治療薬の使用には十分な説明と同意が必要。
- 米国CDCはロッキー山紅斑熱に対し、小児（<45kg）の歯牙着色の問題はないとして、ドキシサイクリン使用を推奨している（1回 2.2mg/kg 1日2回）。

▶<トピックス（エキスパートオピニオン）>

テトラサイクリン系薬とニューキノロン系薬の併用について

- ・テトラサイクリン系薬投与によっても、重症経過を示す症例に、ニューキノロン系薬を併用し救命し得たとする症例報告がある。早期からこの2剤を併用をした場合、良好な経過を取るとの報告もある。
- ・しかし、併用の有用性を支持する明らかな根拠はまだ解明されていない。
- ・一方で、テトラサイクリン系薬のみで十分治療可能であり、早期からのニューキノロン系薬の投与には慎重であるべきとする意見もある。
- ・この抗菌薬併用については、今後エビデンスの蓄積が必要である。

日本紅斑熱の経過・予後

- 適切な診断・治療がなされれば予後は一般に良好であるが、治療開始から解熱までは、つつが虫病と比較して時間を長く要することがある。
- 治療の遅れからDIC、多臓器不全をきたし、死亡するケースがみられる。
- 稀ではあるが、急性感染性電撃性紫斑病により四肢末端の切断を要した例がある。
- 節足動物媒介感染症であるため、ヒト-ヒト感染はない。標準予防策を遵守する。

つつが虫病と日本紅斑熱の比較

つつが虫病

日本紅斑熱

病原体	<i>Orientia tsutsugamushi</i>	<i>Rickettsia japonica</i>
発生地	全国的(北海道以外)	西日本中心
ベクター	ツツガムシ(幼虫のみ)	マダニ(主に幼虫)
報告患者数	439例(2017年) 4,185例(2007-2016年)	337例(2017年) 1,765例(2007-2016年)
発生時期	年中 (春・秋・冬に多い. 稀に夏)	3～11月 (春先～晩秋)
潜伏期	5～14日	2～8日
刺し口	10 mm前後	5～10 mm
皮疹	全身にそう痒感ない紅斑 (体幹部に多い傾向)	全身にそう痒感ない紅斑/紫斑 (手掌・足底を含む)
標準治療	テトラサイクリン系薬	テトラサイクリン系薬
重症化	治療が遅れると重症化	治療が遅れると重症化
感染症法	4類感染症	4類感染症

主要症状

発熱	95%
皮疹	86%
刺し口	85%
頭痛	40%

発熱	99%
皮疹	94%
刺し口	66%
頭痛	31%

(感染症発生動向調査届出票より)

※どちらの疾患も、初診時に発熱のない場合や、皮疹や刺し口を患者自身が自覚していないことが多いため、積極的に疑って診察することが重要である。

リケッチア症のまとめ

- ◆両疾患の治療には、テトラサイクリン系薬が有効である。
- ◆有効な治療法があるにもかかわらず、毎年、死亡例が報告されている。
- ◆診断・治療の遅れから重症化し、死に至る可能性がある。

[本疾患を疑った場合]

- ◆必要な検査を行い、検体を取り、迅速にテトラサイクリン系薬投与を開始すべきである。その後、直ちに保健所に相談する。

ダニ媒介感染症の予防

1. ダニの生息場所

- マダニ・ツツガムシは、シカやイノシシ、野兔、野鼠などの野生動物が出没する環境に多く生息している。

2. ダニから身を守る服装

- 野外では、腕・足・首など、肌の露出を少なくする。
- 半ズボンやサンダル履きは不適當である。

3. ダニから身を守る方法

- 上着や作業着は、家の中に持ち込まないようにする。
- 屋外活動後は、シャワーや入浴をし、ダニが付いていないかチェックする。

4. 忌避薬の活用

- ダニ生息地域と考えられる草叢や山林に入る際は、ツツガムシ・ダニ用の忌避薬(イカリジン, DEET)などの虫よけスプレーを使用する。



フタゲチマダニ(若虫)

マダニ刺咬症に対する対応

- ◆マダニ刺咬例では、マダニの口器が皮内に残らないように抜去することが望まれるが、具体的処置については皮膚科医にコンサルトすることを薦める。

→ 「マダニ刺症への対応に関する提言」(Visual Dermatology 17: 2-8, 2018)参照。

- ◆リケッチア症の感染予防を目的とした、マダニ刺咬後の予防的抗菌薬投与は推奨されない。

つ っ が 虫 病 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 平成 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)

1 診断（検索）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 ・感染症死亡疑い者の死体					
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 () -				

11 症 状	・頭痛 ・発熱 ・刺し口 ・リンパ節腫脹 ・発疹 ・肺炎 ・脳炎 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況：） 2 その他 ()			
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・病理組織・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・病理組織・その他 () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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)		
13	初診年月日	平成 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		
14	診断（検索(※)）年月日	平成 年 月 日			
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日			
16	発病年月日（*）	平成 年 月 日			
17	死亡年月日(※)	平成 年 月 日			

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、死亡者を検索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。)

日本紅斑熱発生届

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 平成 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）の類型					
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
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 (か月)		
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 () - _____				

11	・発熱 ・刺し口 ・DIC ・その他 () ・なし	18	感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況) _____) 2 その他 () _____)
12	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () _____) ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () _____) ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () _____) 検体 () _____) 結果 () _____)	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
13	初診年月日	平成 年 月 日	
14	診断(検案(※))年月日	平成 年 月 日	
15	感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16	発病年月日(*)	平成 年 月 日	
17	死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

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。)