東京都感染症発生動向調査事業実施要綱新旧対照表

改　正　後	現　　行
第１から第５まで（現行のとおり）	第１から第５まで（略）
附　則 この要綱は、令和６年１月１日から施行する。	附　則 （略）
別表１から別表３まで（現行のとおり）	別表１から別表３まで（略）
別記様式一覧（現行のとおり）	別記様式一覧（略）
別記様式１から９まで（現行のとおり）	別記様式１から９まで（略）

別記様式１０

別記様式１０

梅　毒　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８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	
２　性　別	３　診断時の年齢　（０歳は月齢）
男　・　女	歳（　　　か月）

病　　型

① 病型
1) 早期顕症梅毒(ア. Ⅰ期 イ. Ⅱ期)　2) 晩期顕症梅毒、
3) 先天梅毒、4) 無症候（無症状病原体保有者）

② ＨＩＶ感染症合併の有無
1) 有　2) 無　3) 不明

４　症状
- 初期硬結（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（　　　））
- 硬性下疳（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（　　　））
- 鼠径リンパ節腫脹（無痛性）　・梅毒性バラ疹
- 丘疹性梅毒疹　・扁平コンジローマ
- ゴム腫　・心血管症状　・神経症状　・眼症状
- 骨軟骨炎　・実質性角膜炎　・感音性難聴
- Hutchinson 歯　・その他（　　　　　　）
- なし

５　診断方法

① 患者（確定例）の場合
- 病変からの病原体の検出（染色法、PCR 検査）
- 次の 1)、2) の両方の抗体検査による血清抗体の検出
  1) カルジオリピンを抗原とする検査
  2) *T. pallidum* を抗原とする検査

② 無症状病原体保有者の場合
- 次の 1)、2) の両方の抗体検査による血清抗体の検出
  1) カルジオリピンを抗原とする検査
  （抗体価を記載、16 倍相当以上が必要）
  結果：（　　　　　　倍、R.U.，U 又は SU/ml）
  2) *T. pallidum* を抗原とする検査

- その他の検査方法（　　　　　　　）
  検体（　　　　　　　）
  結果（　　　　　　　）

６　初診年月日	令和	年	月	日
７　診断（検案(※)）年月日	令和	年	月	日
８　感染したと推定される年月日	令和	年	月	日
９　発病年月日（＊）	令和	年	月	日
10　死亡年月日（※）	令和	年	月	日

１１　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　性的接触
（A. 性交　B. 経口）
（ア. 同性間　イ. 異性間　ウ. 不明）
（性風俗産業の従事歴（直近６か月以内）
1) 有　　2) 無　　3) 不明）
（性風俗産業の利用歴（直近６か月以内）
1) 有　　2) 無　　3) 不明）
2　静注薬物使用
3　母子感染（ア. 胎内・出産時　イ. 母乳）
4　輸血・血液製剤
（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：　　　　　）
5　その他（　　　　　　　）
6　不明

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
（国名：
詳細地域：　　　　　　　）
3　不明

③ 過去の治療歴
1) １年より前　2) １年以内　3) なし　4) 不明

１２　感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項

- 妊娠の有無
  1) 有（　　　週）　2) 無　3) 不明

この届出は診断から７日以内に行ってください

（1，2，4，5，11，12 欄は該当する番号等を〇で囲み、3，6 から 10 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。
4，5 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

以下の項目は、梅毒対策に役立てるため、感染症法第１５条に基づく積極的疫学調査の一環として情報提供を求めるものです。
本調査により、個人が特定されることはありません。患者の協力が得られた場合には御記入願います（数字を〇で囲んでください）。
ア．国　籍　　1 日本　　2 その他　　　3 不明
イ．居住地　　1 日本（　　　都道府県　　　市区町村）　2 国外（国名：　　　　）

裏面調査票がありますので、ご協力をお願いします。記載の協力について（　有　・　無　）

別記様式１０

別記様式１０

梅　毒　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８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	
２　性　別	３　診断時の年齢　（０歳は月齢）
男　・　女	歳（　　　か月）

病　　型

① 病型
1) 早期顕症梅毒(ア. Ⅰ期 イ. Ⅱ期)　2) 晩期顕症梅毒、
3) 先天梅毒、4) 無症候（無症状病原体保有者）

② ＨＩＶ感染症合併の有無
1) 有　2) 無　3) 不明

４　症状
- 初期硬結（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（　　　））
- 硬性下疳（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（　　　））
- 鼠径リンパ節腫脹（無痛性）　・梅毒性バラ疹
- 丘疹性梅毒疹　・扁平コンジローマ
- ゴム腫　・心血管症状　・神経症状　・眼症状
- 骨軟骨炎　・実質性角膜炎　・感音性難聴
- Hutchinson 歯　・その他（　　　　　　）
- なし

５　診断方法

① 患者（確定例）の場合
- 病変からの病原体の検出（染色法、PCR 検査）
- 次の 1)、2) の両方の抗体検査による血清抗体の検出
  1) カルジオリピンを抗原とする検査
  2) *T. pallidum* を抗原とする検査

② 無症状病原体保有者の場合
- 次の 1)、2) の両方の抗体検査による血清抗体の検出
  1) カルジオリピンを抗原とする検査
  （抗体価を記載、16 倍相当以上が必要）
  結果：（　　　　　　倍、R.U.，U 又は SU/ml）
  2) *T. pallidum* を抗原とする検査

- その他の検査方法（　　　　　　　）
  検体（　　　　　　　）
  結果（　　　　　　　）

６　初診年月日	令和	年	月	日
７　診断（検案(※)）年月日	令和	年	月	日
８　感染したと推定される年月日	令和	年	月	日
９　発病年月日（＊）	令和	年	月	日
10　死亡年月日（※）	令和	年	月	日

１１　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　性的接触
（A. 性交　B. 経口）
（ア. 同性間　イ. 異性間　ウ. 不明）
（性風俗産業の従事歴（直近６か月以内）
1) 有　　2) 無　　3) 不明）
（性風俗産業の利用歴（直近６か月以内）
1) 有　　2) 無　　3) 不明）
2　静注薬物使用
3　母子感染（ア. 胎内・出産時　イ. 母乳）
4　輸血・血液製剤
（輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況：　　　　　）
5　その他（　　　　　　　）
6　不明

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
（国名：
詳細地域：　　　　　　　）
3　不明

③ 過去の治療歴
1) １年より前　2) １年以内　3) なし　4) 不明

１２　感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項

- 妊娠の有無
  1) 有（　　　週）　2) 無　3) 不明

この届出は診断から７日以内に行ってください

（1，2，4，5，11，12 欄は該当する番号等を〇で囲み、3，6 から 10 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。
4，5 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

以下の項目は、梅毒対策に役立てるため、感染症法第１５条に基づく積極的疫学調査の一環として情報提供を求めるものです。
本調査により、個人が特定されることはありません。患者の協力が得られた場合には御記入願います（数字を〇で囲んでください）。
ア．国　籍　　1 日本　　2 その他　　　3 不明
イ．居住地　　1 日本（　　　都道府県　　　市区町村）　2 国外（国名：　　　　）

> ※ 患者自身への対応や二次感染対策に役立てるため、患者（あるいは保護者）の同意がとれた場合、下記の事項を把握していましたら、可能な限り記入をお願いいたします。

Ⅰ 受診のきっかけ

1 有症状
2 感染者（または感染が疑われる者）との性行為
3 妊娠した可能性がある（中絶手術目的含む）
4 性風俗業店などによる職場健診
5 東京都検査相談室・保健所による行政検査で陽性
6 梅毒の話や情報を聞いて心配になった（下記の項目もお選びください）
【 ①性感染症ナビなどの東京都や行政のホームページ　②それ以外　③不明 】
7 その他【　　　　】
8 不明

Ⅱ 性的接触のあった相手について（今回罹患した心当たりのあること）

1 特定の相手（恋人やパートナーなど）
2 ＳＮＳや出会い系サイトで知り合ったその場限りの人
3 ＳＮＳや出会い系サイト以外で知り合ったその場限りの人
4 性風俗業関係者
5 その他【　　　　】
6 不明

Ⅲ 妊婦の対応について

1 医療機関でフォロー予定
2 行政機関（居住地の区市町村や保健所）へ情報提供や、必要な支援の検討予定
3 人工妊娠中絶手術の実施（予定含む）
4 流産、死産、胎児死亡
5 フォローの予定がない
6 その他【　　　　】
7 不明（妊娠有だが、今後の対応不明）
8 妊娠無しまたは妊娠の有無が不明

Ⅳ 保健所への連絡事項

【　　　　】

医療機関の方へ
必要に応じて性的接触のあった相手等の受診勧奨をお願いいたします。
感染症法第 15 条に基づき、疫学調査のため、保健所から連絡する場合があります。
調査にご協力をお願いいたします。

別記様式１１から７４まで（現行のとおり）

> ※ 患者自身への対応や二次感染対策に役立てるため、患者（あるいは保護者）の同意がとれた場合、下記の事項を把握していましたら、可能な限り記入をお願いいたします。

Ⅰ 受診のきっかけ

1 有症状のため
2 感染者（または感染が疑われる者）との性行為があったため
3 妊婦健診のため
4 職場健診
5 その他（　　　　）

Ⅱ パートナー等の情報

1 特定のパートナー
2 性風俗業従事者（風営法に定められた性風俗関連特殊営業に従事している）
3 性風俗業利用者
4 金銭を対価とした関係（風営法に定められた性風俗関連特殊営業に従事していない）
5 その他（　　　　）

Ⅲ 妊娠の有無が「有」の方について

1 自院でフォロー予定
2 自院以外の相談機関・医療機関を紹介（　　　　）
3 行政機関（居住地の区市町村や保健所）へ情報提供や、必要な支援の検討予定
4 その他（　　　　）

Ⅳ 保健所への連絡事項

（　　　　）

医療機関の方へ
必要に応じてパートナーの受診勧奨をお願いいたします。
感染症法第 15 条に基づき、疫学調査のため、保健所から連絡する場合があります。
調査にご協力をお願いいたします。

別記様式１１から７４まで（略）