別記様式５－７

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

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（令和　　年　　月　　日）

医師の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人が手書きしない場合は、記名押印してください）

所属する病院・診療所等施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記施設の住所・電話番号＊ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話　　）

（＊所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

１　診断（検案）した者（死体）の類型

・患者（確定例）　　・感染症死亡者の死体

２　性　　別　　男　・　女

３　診断時の年齢　　歳

４　病型

1)孤発性プリオン病
- (a)古典型クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)
- (b)その他

2)遺伝性プリオン病
- (a)ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS)
- (b)家族性CJD
- (c)家族性致死性不眠症(FFI)

3)感染性プリオン病
- (a)医原性CJD
- (b)変異型CJD

診断の確実度（ｱ.確実　ｲ.ほぼ確実　ｳ.疑い）

５　診断方法

1) 病原体診断（異常プリオン蛋白の検出）
- 部位
  - (1)脳　(2)扁桃　(3)その他の臓器
- 方法
  - (1)Western Blot法　(2)免疫染色法
- 異常プリオン蛋白の沈着型
  - (1)ｱﾐﾛｲﾄﾞ斑型　(2)ｼﾅﾌﾟｽ型　(3)その他

2) プリオン蛋白遺伝子検査
- (1)コドン（　　）の異常
- (2)コドン１２９の多型
  - (ｱ.M/M　ｲ.M/V　ｳ.V/V)
- (3)コドン２１９の多型
  - (ｱ.E/E　ｲ.E/K　ｳ.K/K)
- (4)その他（　　）

3) 臨床症候

4) 家族歴

5) 検査
- (1)脳波(PSD)
- (2)脳MRI
- (3)14-3-3蛋白
- (4)その他

6) その他（　　）

（該当するものすべてに記載すること）

６　症状

ア．進行性認知症　（　　年　　月より）
イ．ミオクローヌス　（　　年　　月より）
ウ．錐体路症状　（　　年　　月より）
エ．錐体外路症状　（　　年　　月より）
オ．小脳症状　（　　年　　月より）
カ．視覚異常　（　　年　　月より）
キ．無動性無言状態　（　　年　　月より）
ク．記憶障害　（　　年　　月より）
ケ．精神・知能障害　（　　年　　月より）
コ．臨床的に頑固な不眠　（　　年　　月より）
サ．異常感覚　（　　年　　月より）
シ．痙性対麻痺　（　　年　　月より）
ス．筋強剛　（　　年　　月より）
セ．その他（　　）（　　年　　月より）

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

12　感染原因・感染経路・感染地域

（感染性プリオン病の場合のみ記載）

①感染原因・感染経路（推定される感染年月日）
- 1) ヒト乾燥硬膜（　　年　　月　　日）
- 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤（　　年　　月　　日）
- 3) 角膜手術（　　年　　月　　日）
- 4) 手術等観血的処置（　　年　　月　　日）
  - ［種類　　］
- 5) 輸血等（　　年　　月　　日）
- 6) その他［　　］（　　年　　月　　日）

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：　　）

この届出は診断から7日以内に行ってください

（１、２、４から６、12 欄は該当する番号等を○で囲み、３、７から 11 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、患者を診断した場合のみ記入すること）