



# 麻疹・風しん（疑い） 患者発生時の対応

## 【医師の皆様へ】麻疹・風しんを疑う場合のお願い

H31.4.9（火）  
札幌市保健所感染症総合対策課

麻疹・風しん疑い患者については、保健所で遺伝子検査を実施いたしますので、以下についてご協力をお願いいたします。

また、保健所の遺伝子検査以外に、貴院において、できる限り抗体検査の実施もお願いいたします。

### ☆ステップ1 診察 ⇒ 保健所への連絡

患者が以下の症状を呈しており、麻疹・風しんを疑う場合、**抗体検査の結果は待たず、疑いの段階で保健所にご連絡**をお願いいたします。

#### 麻疹

- 麻疹に特徴的な発疹
- 発熱（一般的に 37.5℃以上）
- 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

#### 風しん

- 全身性の小紅斑や紅色丘疹
- 発熱（一般的に 37.5℃以上）
- リンパ節腫脹

※3つすべての症状を満たさなくとも、発生地域の滞在歴があるなど、診察した先生が特に疑う場合も遺伝子検査を実施しておりますので、まずはご相談ください。

札幌市 City of Sapporo

お探しの情報はありますか。サイト内検索

救急当番医 緊急時の連絡先 避難場所 文字サイズ 縮小 標準 拡大 色合いの変更

ホーム 防災・防犯・消防 暮らし・手続き 健康・福祉・子育て 教育・文化・スポーツ 観光・産業・ビジネス 市政情報

ホーム > 健康・福祉・子育て > 健康(からだ・こころ) > 感染症・予防接種 > 感染症

感染症・予防接種

- 感染症
- 被災された方の予防接種の取扱いについて
- 予防接種
- ポリオ(小児まひ)ワクチン
- 高齢者インフルエンザ予防接種のお知らせ
- 水痘(水ぼうそう)
- 高齢者用肺炎球菌ワクチン
- 日本脳炎
- B型肝炎

感染症

最新の感染症発生動向は、札幌市における主な感染症の発生動向(衛生研究所)をご確認ください。

また、医療機関の皆様におかれましては、麻疹・風しん疑い患者が発生した場合には

**PDF 【医師の皆様へ】麻疹・風しんを疑う場合のお願い (PDF:115KB) をご確認ください、ご対応をお願いいたします。詳細は、医療機関向けのページ(麻疹・風しん)にてご確認ください。**

感染症について

インフルエンザ	ウイルス性肝炎
エイズ	エキノコックス症
感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症など)	結核
性感染症(STD)	腸管出血性大腸菌感染症(O157など)
風しん・先天性風しん症候群	麻疹(はしか)
ダニ媒介感染症	その他感染症

### ☆ステップ2 検体採取

**可能な限り以下①～③の3点すべて、最低2点の採取にご協力をお願いいたします。**

採取いただきました検体は、保健所職員が回収に伺います。

- ① **全血**（5CC程度）：EDTA（又はクエン酸）添加の採血管を使用（ヘパリンは不可）
- ② **尿**（5CC程度）：漏れないよう密閉可能な容器（スピッツ管など）に保存
- ③ **咽頭ぬぐい液**：1.乾燥防止のため1～2CC程度の生理食塩水（又は滅菌精製水）をスピッツに入れておく。生理食塩水は、ウイルス輸送用培地入りのもので差支えありません。  
2.滅菌綿棒で咽頭を拭いた後、スピッツ管に入れ、拭いた綿棒の先を1で入れた生理食塩水（又は滅菌精製水）に浸す。  
3.綿棒の余った柄の部分はカットのうえ蓋を閉める。

⇒保健所職員が回収するまで**3検体すべて4℃で保存**をお願いいたします。

※夜間、休日など、すぐに保健所に連絡がつかない状況であっても、外来において疑い患者を確認した場合、本資料を参考に、できる限り検体の採取にご協力いただきますようお願いいたします（検体採取のための再診を可能な限り抑えるため）。

## ☆ステップ3 患者への説明

感染拡大防止の観点から、疑い患者に対しては以下3点の協力についてご説明をお願いいたします。

- ① 可能な限り公共交通機関の利用は控えること
- ② 検査結果が判明するまでは、可能な限り自宅療養（外出を自粛）いただくこと
- ③ 検査が陽性であった場合、保健所から行動調査の連絡があること

## ☆ステップ4 保健所に届出

○診断後24時間以内を目途に届出をお願いいたします。

○届出様式は、以下よりダウンロードをお願いいたします。

厚生労働省ホームページ「感染症法に基づく医師の届出のお願い」  
URL [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/O1.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/O1.html)

5

## ☆感染対策について

検査結果が陽性であった場合、院内感染防止のため、以下ガイドラインに基づく対応を依頼しておりますので、国立感染症研究所のホームページにおいてご確認をお願いいたします。

- ・医療機関での麻疹対応ガイドライン  
〔 国立感染症研究所 麻疹関連のページ  
URL <https://www.niid.go.jp/niid/ja/guidelines.html> 〕
- ・医療機関における風しん対策ガイドライン  
〔 国立感染症研究所 風しん関連のページ  
URL <https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ha/rubella.html> 〕

6



## 風しん追加的対策における 風しんワクチンの種類

7

昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性を対象に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第5条第1項の規定に基づく風しんの第5期の定期接種の実施に向けた医療機関・健診機関向け手引き(第3版)

Q17. 予防接種に用いるワクチンは、風しん単味ワクチン、MR混合ワクチンのいずれでもよいのでしょうか。

風しんの第5期の定期接種は、乾燥弱毒生風しんワクチン（風しん単味ワクチン）を用いることは可能ですが、原則、乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン（MRワクチン）を使用することとしています。集合契約においては、乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン（MRワクチン）のみを使用することとし、契約書別記第2（1）イにその旨が明記されています。

8

○風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る委託契約書第5条第2項

丁は、予防接種法その他関係法令及び別記「風しんの第5期の定期接種実施要領」等を遵守し、業務を実施するものとする。

○風しん第5期の定期接種実施要領第2（1）

イ 集合契約における風しんの第5期の定期接種は、乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン（MRワクチン）を使用すること。

【注意】

○札幌市における風しんの追加的対策は、**集合契約**に基づくものになります。

○集合契約に基づく風しん予防接種は、**MRワクチンのみ**になります。

○風しん単独ワクチンを接種した場合は、国保連を通じて市に請求できませんので、ご注意ください。

## 医療機関のみなさまへのお願い

- ① 結核定期健康診断について
- ② 結核発生届について
- ③ 結核患者の入退院届について

※ すべて感染症法で義務付けられています

## 1 結核定期健康診断について

- ① 対象者  
業務に従事する方 全員  
※院長も含まれます
- ② 時期  
毎年度 1回
- ③ 健診項目  
胸部レントゲン撮影

## 1 結核定期健康診断について

- ④ 報告  
健診終了次第、  
札幌市保健所へ報告  
※様式は札幌市ホームページから  
ダウンロードできます

結核発生届出報告書

札幌市保健所

結核発生届出報告書

報告者(氏名)	報告者(住所)	報告者(電話番号)

結核患者(氏名)	性別	年齢	診断時期	診断場所

※様式は札幌市ホームページからダウンロードできます

- ⑤ 実施義務者  
事業者

## 2 結核発生届について

- ① 届出対象  
結核患者（肺結核、肺外結核）  
（死亡後に診断された場合も必要）  
潜在性結核感染症（治療が必要な場合）
- ② 届出時期  
診断したら、**ただちに（その日のうちに）**  
最寄の保健所へ届出  
※札幌市保健所へのFAXと原本を郵送

## 2 結核発生届について

### ③ 届出様式

※様式は札幌市ホームページからダウンロードできます

Form for TB Occurrence Report (結核発生届). The form includes fields for patient name, date of birth, sex, and address. It also has sections for the reporting doctor's name and hospital information. The form is titled '結核発生届' and includes instructions for completion.

### ④ 届出義務者 診断した医師

## 3 結核患者の入退院届について

### ① 届出対象

結核患者（潜在性結核感染症治療者を含む）  
※他疾患による入退院も含まれます

### ② 届出時期

入院した日から **7日以内**  
退院した日から **7日以内**  
最寄の保健所へ届出

※札幌市保健所へ郵送または持参

## 3 結核患者の入退院届について

### ③ 届出様式

※様式は札幌市ホームページからダウンロードできます

Form for TB Patient Admission/Discharge Report (入(退)院結核患者届出書). The form includes fields for patient name, date of birth, sex, and address. It also has sections for the reporting hospital manager's name and hospital information. The form is titled '入(退)院結核患者届出書' and includes instructions for completion.

### ④ 届出義務者 病院管理者

## 札幌市ホームページ

### ① 札幌市保健所のページ 結核定期健康診断

<http://www.city.sapporo.jp/hokenjo/f1kansen/ftb03kensin.html>

### 結核発生届、結核患者入退院届

<http://www.city.sapporo.jp/hokenjo/f1kansen/ftb06iryoukikan.html>

### ② 申請書・届出書ダウンロードサービス

<http://www3.city.sapporo.jp/download/shinsei/>

キーワード検索 または 様式名検索 で検索できます

## 【医師の皆様へ】麻しん・風しんを疑う場合のお願い

H31.4.9 (火)

札幌市保健所感染症総合対策課

麻しん・風しん疑い患者については、保健所で遺伝子検査を実施いたしますので、以下についてご協力をお願いいたします。

また、保健所の遺伝子検査以外に、貴院において、できる限り抗体検査の実施もお願いいたします。

### ☆ステップ1 診察 ⇒ 保健所への連絡

患者が以下の症状を呈しており、麻しん・風しんを疑う場合、**抗体検査の結果は待たず、疑いの段階で保健所にご連絡**をお願いいたします。

#### 麻しん

- 麻しんに特徴的な発疹
- 発熱（一般的に 37.5℃以上）
- 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

#### 風しん

- 全身性の小紅斑や紅色丘疹
- 発熱（一般的に 37.5℃以上）
- リンパ節腫脹

※3つすべての症状を満たさなくとも、発生地域の滞在歴があるなど、診察した先生が特に疑う場合も遺伝子検査を実施しておりますので、まずはご相談ください。

### ☆ステップ2 検体採取

**可能な限り以下①～③の3点すべて、最低2点の採取にご協力をお願いいたします。**

採取いただきました検体は、保健所職員が回収に伺います。

- ① **全血**（5CC程度）：EDTA（又はクエン酸）添加の採血管を使用（ヘパリンは不可）
- ② **尿**（5CC程度）：漏れないよう密閉可能な容器（スピッツ管など）に保存
- ③ **咽頭ぬぐい液**：1.乾燥防止のため1～2CC程度の生理食塩水（又は滅菌精製水）をスピッツに入れておく。生理食塩水は、ウイルス輸送用培地入りのものでも差し支えありません。  
2.滅菌綿棒で咽頭を拭った後、スピッツ管に入れ、拭った綿棒の先を1で入れた生理食塩水（又は滅菌精製水）に浸す。  
3.綿棒の余った柄の部分はカットのうえ蓋を閉める。

⇒保健所職員が回収するまで3検体すべて**4℃で保存**をお願いいたします。

※夜間、休日など、すぐに保健所に連絡がつかない状況であっても、外来において疑い患者を確認した場合、本資料を参考に、できる限り検体の採取にご協力いただきますようお願いいたします（検体採取のための再診を可能な限り抑えるため）。

**（おもて面）**

## ☆ステップ3 患者への説明

感染拡大防止の観点から、疑い患者に対しては以下3点の協力についてご説明をお願いいたします。

- ① 可能な限り**公共交通機関の利用は控える**こと
- ② 検査結果が判明するまでは、可能な限り**自宅療養（外出を自粛）**いただくこと
- ③ 検査が陽性であった場合、**保健所から行動調査の連絡**があること

## ☆ステップ4 保健所に届出

- 診断後 24 時間以内を目途に届出**をお願いいたします。
- 届出様式は、以下よりダウンロードをお願いいたします。

厚生労働省ホームページ「感染症法に基づく医師の届出のお願い」

URL [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/O1.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/O1.html)

## ☆感染対策について

検査結果が陽性であった場合、**院内感染防止のため、以下ガイドラインに基づく対応を依頼しております**ので、国立感染症研究所のホームページにおいてご確認をお願いいたします。

- 医療機関での麻疹対応ガイドライン

〔 国立感染症研究所 麻疹関連のページ  
URL <https://www.niid.go.jp/niid/ja/guidelines.html> 〕

- 医療機関における風しん対策ガイドライン

〔 国立感染症研究所 風しん関連のページ  
URL <https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ha/rubella.html> 〕

連絡先 札幌市保健所 感染症総合対策課

Tel: 011-622-5199 FAX: 011-622-5168

# 結核定期健康診断実施報告書

札幌市長 行

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 53 条の 2 の規定により定期の健康診断を実施したので、同法第 53 条の 7 の規定に基づき下記のとおり報告する。

実施年月 \_\_\_\_\_ 年 月 分  
 報告年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 実施者名 \_\_\_\_\_  
 (学校長・施設長)  
 担当者名 \_\_\_\_\_

事業所・学校・施設等の名称及び所在地	TEL _____	
対象者の区分	職員 (対象者名)	入所者・学生・生徒等 (対象者名)
間接撮影者数		
直接撮影者数		
デジタル撮影者数		
かくたん検査者数		
被 発 見 者 数	結核患者	
	結核発病のおそれがあると診断されたもの	
未受診の理由(未受診者がいる場合) ※記入欄が足りない場合は任意の様式を使用してください		

## 記入要領

- 1 「事業所・学校・施設等の名称及び所在地」欄には、法人名だけでなく、施設、学校名等を必ず記載すること。
- 2 病院、診療所、助産所、介護老人保健施設においては、職員のみ記載すること。
- 3 社会福祉施設(社会福祉法第 2 条 2 項第 1 号及び第 3 号から第 6 号までに規定する施設)においては、職員及び 65 歳以上の入所者について記載すること。
- 4 上記 2・3 の対象者数は検査実施日における結核定期健康診断の対象となる者の数を記入すること。
- 5 小学校、中学校、各種学校(修業年限が 1 年未満のもの及び小中学校相当のもの)においては職員のみ記載すること。
- 6 高等学校、大学、短期大学、専修学校、各種学校(修業年限 1 年未満のものを除く。高等学校相当以上)、高等専門学校、養護学校(高等学校相当)については職員及び学生・生徒について記載すること。
- 7 学生・生徒の対象者数は、その年度の入学者数を記載すること。
- 8 学校職員の対象者数は、検査実施日における結核定期健康診断の対象となる者の数を記入すること。
- 9 矯正施設においては、20 歳以上の入所者のみ記載すること。

※ この報告書の送付先 札幌市保健所感染症総合対策課結核対策係

住所：札幌市中央区大通西 19 丁目 TEL 011-622-5199

FAX 011-622-5168



## 記入要領

- 1 実施年月  
健康診断の実施年月を記入
- 2 報告年月日  
保健所に提出した年月日を記入
- 3 実施者名  
健診を実施した各施設・医療機関・学校の長の氏名を記入
- 4 担当者名  
内容について、こちらから問い合わせる場合もありますので、健康診断の担当者氏名を記入してください（事務、総務等）
- 5 事業所・学校・施設等の名称及び所在地  
医療機関、学校、施設の名称、住所、TELを記入
- 6 対象者の区分
  - (1) 職員とは業務に従事されている方全員です。
  - (2) 対象者数は全職員数を記入
  - (3) 学生・生徒等の対象者数は報告年度の入学者数です。

**※ 小・中学校の対象者は職員のみです。児童・生徒の報告は不要です。**
- 7 間接撮影者数・直接撮影者数・デジタル撮影者数・かくたん検査者数  
胸部 X 線撮影受診者の人数を記入
  - ・間接撮影（10 cm×10 cmフィルム）
  - ・直接撮影（35 cm×35 cmフィルム）
  - ・デジタル撮影

**※ いずれか不明の場合は、間接撮影に記入してください。**  
かくたん検査は精密検査等で受けた方がいる場合記入
- 8 被発見者数  
定期健康診断の結果、結核と診断されたもの、または発病はしていないが、そのおそれがあるとの診断を受けたものの人数を記入
- 9 未受診の理由  
未受診者がいる場合には、未受診の理由を記入  
(記入欄が足りない場合は任意の様式を使用して報告してください。)
- 10 提出方法・期限  
郵送またはFAXで対象者の定期健康診断終了後、すみやかに提出してください。

**※ 学校、施設において職員、学生・生徒、入所者の健診時期が異なる場合は、それぞれの対象者の健診終了ごとに取りまとめのうえ、提出してください。**
- 11 提出先  
札幌市保健所感染症総合対策課結核対策係  
住 所：札幌市中央区大通西19丁目  
TEL：011-622-5199  
FAX：011-622-5168

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 ・疑似症患者 ・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 ( ) -		

	病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
	1) 肺結核 2) その他の結核 ( )		①感染原因・感染経路 ( 確定・推定 )
11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・せき ・たん ・発熱 ・胸痛</li> <li>・呼吸困難</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・なし</li> </ul>		1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況:
12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・塗抹検査による病原体の検出 検体: 喀痰・その他 ( )</li> <li>・分離・同定による病原体の検出 検体: 喀痰・その他 ( )</li> <li>・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体: 喀痰・その他 ( )</li> <li>・病理検査における特異的所見の確認 検体: ( ) 所見: ( )</li> <li>・ツベルクリン反応検査 (発赤・硬結・水疱・壊死)</li> <li>・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロγ試験</li> <li>・画像検査における所見の確認 ( )</li> <li>・その他の方法 ( ) 検体 ( ) 結果 ( )</li> <li>・臨床決定 ( )</li> </ul>		2 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 ) 詳細地域 ( )
			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	令和 年 月 日		
14 診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日		
15 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日		
16 発病年月日 (*)	令和 年 月 日		
17 死亡年月日 (※)	令和 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。)

# 入（退）院結核患者届出票

届出年月日 令和 年 月 日

病名 \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_

(合併症) \_\_\_\_\_ 生年月日 <sup>明大</sup>昭平令 年 月 日( 歳)

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

入院年月日 年 月 日 患者住所 \_\_\_\_\_

退院年月日 令和 年 月 日 職業 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_

(退院理由) 病状軽快・転院・死亡・その他

## 菌所見

### 1 菌陽性

菌所見	検体	検査	菌陰性化の時期
	喀痰	塗抹	- + G ( )
培養		- + ( ) - + ※その他の検査法	年 月
喀痰以外の検体 ( )	塗抹	- + G ( )	年 月
	培養	- + ( ) - + ※その他の検査法	年 月

### 2 菌陰性

### 3 非定型抗酸菌陽性

その他特記すべき事項 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院所在地 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院管理者名 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 担当医師氏名 \_\_\_\_\_

## 記載上の注意

1. 入院患者が死亡又は転院したときも、この届出を行なってください。
2. 退院時については退院後の住所を記載してください。