

(기 관 명)

우○○○-○○○ 주소 /전화()○○○-○○○○/전송()○○○-○○○		(①부서명)○○○○ (②부서장 직위 및 이름) (담당자 이름)	
문서번호 : 시행일자 : 수 신 : 제 목 : 전염병발생 신고(변경신고·보고)			
성명(전염 병환자등, 사망자)		성별 ☐ 남 ☐ 여	연령 만 세 직업
주민등록 번 호			보호자 성명(만 19세 미만인 경우)
주 소 및 전화번호	우편번호□□□-□□□ 전화번호(- -)		☐ 거주지 불명 ☐ 신원미상
	주소 :		
전염병명	제1군	☐ 콜레라 ☐ 페스트 ☐ 장티푸스 ☐ 파라티푸스 ☐ 세균성이질 ☐ 장출혈성대장균감염증	
	제2군	☐ 디프테리아 ☐ 백일해 ☐ 파상풍 ☐ 홍역 ☐ 유행성이하선염 ☐ 풍진 ☐ 폴리오 ☐ B형간염 ☐ 일본뇌염	
	제3군	☐ 말라리아 ☐ 한센병 ☐ 성병 ☐ 성홍열 ☐ 수막구균성수막염 ☐ 레지오넬라증 ☐ 비브리오 패혈증 ☐ 발진티푸스 ☐ 발진열 ☐ 쯔쯔가무시증 ☐ 렙토스피라증 ☐ 브루셀라증 ☐ 탄저 ☐ 공수병 ☐ 신증후군(유행성)출혈열 ☐ 인플루엔자	
	제4군	☐ 황열 ☐ Deng기열 ☐ 마버그열 ☐ 에볼라열 ☐ 라싸열 ☐ 리슈마니아증 ☐ 바베시아증 ☐ 아프리카수면병 ☐ 크립토스포리디움증 ☐ 주혈흡충증 ☐ 요우스 ☐ 핀타 ☐ 두창 ☐ 보툴리누스중독증	
		☐ 신종전염병증후군(증상 및 징후)	
	지 정	☐ 보건복지부장관이 지정하는 전염병중 해당병명 기입()	
발 병 일	년 월 일	진 단 일	년 월 일
확진검사 결 과	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 검사진행중 ☐ 검사미실시	환자등 분 류	☐ 환자 ☐ 의사환자 ☐ 사망 ☐ 병원체보유자 ☐ 사망여부 ☐ 생존
추 정 감 염 경 로	☐ 집단감염환자와 접촉 ☐ 개별감염환자와 접촉 ☐ 불확실함 ☐ 접촉없었음	추 정 감 염 지 역	☐ 국내 ☐ 국외(국 명 :) (체류기간:)
③변경신고(제1군전염병 및 일본뇌염에 한함)		☐ 퇴원 ☐ 치유 ☐ 사망 ☐ 주소변경()	
④요양기관지정번호:			
⑤진단(한)의사 성명 :		면허번호 : (⑥서명또는 날인)	
작성요령 : ①란 내지⑤란은 해당사항이 있는 경우에만 기록합니다. ⑥란은 컴퓨터통신 이용시에는 생략합니다.			

<신고방법에 관한 안내>

1. 제1군전염병, 제2군전염병 및 제4군전염병은 진단 즉시, 제3군전염병 및 지정전염병은 진단후 7일 이내에 관할보건소로 신고하여 주십시오. 다만, 표본감시의료기관으로 지정된 보건의료기관·시설 및 단체의 장은 제2군전염병중 B형간염, 제3군전염병중 성병 및 인플루엔자, 지정전염병의 발생시에는 보건복지부장관이 정하는 별도의 서식으로 보고하여야 합니다.
2. 제3군전염병중 결핵은 결핵예방법이 정하는 방법에 의하여, 후천성면역결핍증은 후천성면역결핍증예방법이 정하는 방법에 의하여 별도로 발생신고를 합니다.
3. 변경신고는 제1군전염병 전체와 제2군전염병중 일본뇌염의 환자 또는 의사환자의 퇴원, 치유, 사망 또는 주소변경이 있는 경우에만 합니다.