

一類～五類感染症，新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）

〔主治医等記載欄〕

医療機関名		主治医等医師名（記載者）		科	
患者	氏名 <small>（カタカナで記入）</small>	（男・女）		患者 I D	
	居住地域	市・郡	町	年齢	才 月
	発病年月日	年 月 日	受診年月日	年 月 日	入院の有無（有・無）
臨床的 事項	疾病名 <small>〔該当するものに○〕</small>	・咽頭結膜熱 ・A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 ・感染性胃腸炎 ・手足口病 ・ヘルパンギーナ ・百日咳 ・流行性耳下腺炎 ・麻疹 ・風疹 ・急性出血性結膜炎 ・流行性角結膜炎 ・インフルエンザ ・急性脳炎（日本脳炎を除く） ・無菌性髄膜炎 ・レジオネラ症 ・急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。） ・カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症 ・その他の疾患（診断名）			
	臨床症状・ 徴候等 〔該当するものを○で囲んでください〕 基礎疾患を除く	・無症状 ・発熱（有・無）（最高____℃，熱型____）（嘔気，嘔吐____回/日，腹痛） ・頭痛 ・熱性けいれん ・出血傾向※全身性のもの ・角膜炎，結膜炎，角結膜炎 ・上気道炎（咽頭炎/痛，扁桃炎） ・髄膜炎，意識障害，麻痺（部位____） ・下気道炎（肺炎，気管支炎，____） ・中枢神経系症状（脳炎，脳症，脊髄炎， ・咳（湿性，乾性，その他____） その他____ ・関節痛，筋肉痛 ・口内炎 ・循環器障害（心筋炎，心膜炎，心不全） ・発疹（水疱，丘疹，紅斑，パラ疹，その他____，部位：____） ・リンパ節腫脹，腫脹（部位____），唾液腺腫脹，浮腫（部位____） ・ショック症状（低血圧，循環不全） ・肝機能障害（____） ・腎機能障害（HUS，血尿，乏尿，蛋白尿，多尿，腎不全） ・黄疸 ・尿路生殖器症状（膀胱炎，尿道炎，外陰炎，頸管炎） ・発作（無呼吸，その他____） ・その他（上記以外の症状や臨床症候，疑う病原体名など） ・迅速キット キット名（____）：結果（陰性，陽性，保留） ・抗菌，抗ウイルス薬投与（投与開始日____年____月____日，投与終了日____年____月____日） 薬剤名（____）			
検査材料	検体の種類 採取年月日	検体名 (採取年月日) (月 日) (月 日)	検体名 (採取年月日) (月 日) (月 日)		
基礎疾患					
ワクチン接種歴	ワクチン名	製造会社	Lot No.	最近の接種年月日 年 月 日	
転帰	経過観察中，軽快，治癒，後遺症有り，死亡（原因____）				
発生の状況 <small>〔該当する項目を○で囲んでください〕</small>	・散発 ・地域流行 ・家族内発生（無・有） ・集団発生（無・有），発生市区町村（____） 場所（保育所，幼稚園，小学校，中学校，高校，大学，宿舎・寮，病院， 老人ホーム〔介護施設含む〕，福祉・養護施設，旅館・ホテル，飲食店，事業所， 海外ツアー，国内ツアー，その他〔____〕）				
最近の海外渡航歴	国名	期間	年 月 日	～	年 月 日
主治医等から保健環境センターへの連絡事項					

注 1) 主治医記載欄については，検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。
 注 2) ワクチン接種歴については，当該疾患に係るものにつき記載してください。
 注 3) 2 類，3 類感染症について医療機関（民間検査所を含む）で病原体を分離した場合は，可能な範囲で保健環境センターへの分離株の送付をお願いします。