

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 (カタカナで記入)	(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 [該当するものに○]	・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)) ・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 _____ °C, 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)	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 [該当する項目を○で囲んでください]	・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。