

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ID	
	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 ・RSウイルス感染症 ・水痘 ・伝染性紅斑 ・突発性発しん ・流行性耳下腺炎 ・麻疹 ・風しん ・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） ・新型コロナウイルス感染症 ・急性呼吸器感染症（ARI）※ ・その他（診断名 _____） ※ARIサーベ検体の場合は、こちらにも○をしてください			
	臨床症状・ 徴候等  〔該当するもの 全てを○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 〔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、認定こども園、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) 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。  
 注 4) 全自動遺伝子解析装置等を設置しており、同装置にて検査を行った場合は、得られた結果を連絡事項欄に記載をお願いします。