

別記様式

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、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)

茨城県

患者	性別	(男 ・ 女)	該当するものに○を囲んでください ・インフルエンザ定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感染症定点 ・基幹定点 ・入院 ・その他()
	年齢	(歳 ヲ月)	
	氏名或いは番号		
	住所		

[主治医等記入欄]		
医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)		
検体送付日	年 月 日 分離株(無、有、検査中)	
診断名		
発病日	年 月 日	
検査材料の種類採取日(月 日)	・ふん便 (月 日) ・全血(月 日) ・咽頭拭い液(月 日) ・血清(月 日) ・鼻腔拭い液(月 日) ・血漿(月 日)抗凝固剤: ・うがい液 (月 日) ・髄液(月 日) ・喀痰 (月 日) ・尿 (月 日) ・結膜拭い液(月 日) ・その他(月 日)材料名:	
※該当するものを○で囲んでください。		
臨床的事項	臨床症状・徴候等	
	※該当するもの全てにレ(チェック)をつけて下さい(基礎疾患を除く)。	
	※急性脳炎(脳症を含む)の場合は別紙を御記入ください。	
	基礎疾患	
	転帰	
	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因)	
	軽快、治癒、死亡等の月日: 年 月 日	
	□無症状	□胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛)
	□頭痛 □発熱(最高 ℃)	□角膜炎 □結膜炎 □角結膜炎
	□熱性けいれん	□髄膜炎 □意識障害 □麻痺(部位)
□関節痛 □関節炎 □筋肉痛	□中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、その他)	
□口内炎 □上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎)	□循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全)	
□下気道炎(肺炎、気管支炎)	□黄疸 □肝機能障害	
□水泡 □発しん(丘しん、紅斑、バラ疹)	□腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全)	
(発しん出現日: 月 日)	□尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、外陰炎、頸管炎)	
□リンパ節腫脹(部位)	□出血傾向※全身性のもの	
□唾液腺腫脹、		
□浮腫(部位)		
□ショック症状(低血圧、循環不全)		
□その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候)		
()		

[主治医記入欄]	
迅速診断検査の結果	・インフルエンザ迅速診断検査(無 有:メーカー名【) 検査実施日 年 月 日 A型陽性 B型陽性 A型B型ともに陽性 A型B型ともに陰性 ・抗インフルエンザ薬投与(無、有:薬剤名【) 投与開始日 年 月 日 予防投与 治療投与 ・その他の迅速診断検査(無、有:ウイルス名【) 検査実施日 年 月 日 ・陽性 ・陰性 *ウイルス名 (アデノウイルス、ロタウイルス、RSウイルス等)
発生の状況	・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() 有の場合 保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、病院 介護保険施設等、その他()
最近の海外渡航歴	国名 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
ワクチン接種歴	(無、有、不明) 最終接種日 年 月 日 ワクチン名 (Lot No.)

[その他特記事項]
注1)患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づく一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。 注2)主治医記載については、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3)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下さい。 注4)医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、衛生研究所への分離株の送付をお願いします。