

保健所コード
□□-□□-□□

保健所登録全数報告 ID
□□□□-□□□□-□□□□□□

衛研受付番号 (検体提供者番号)
□□□□□□□□

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症検査票 (病原体)

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| 患者 | 性別 | (男・女) | 定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください ・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 |
| | 年齢 | (歳 カ月) | |
| [主治医等記載欄] | | | |
| 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 | | |
| 検査採取日 | 年 月 日 | | |
| 検査材料 | 材料の種類 | ・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・髄液 ・尿 ・吐物 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他 []) | |
| | [該当するもの一つを○で囲んで下さい] ・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・細胞診、生検、剖検材料(臓器) ・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤 []) ・その他() | ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ・陰部尿道頸管擦過物/分泌物 | |
| 臨床的 | 臨床症状・徴候等 | ・無症状 ・頭痛 ・発熱(最高 ℃) ・熱性けいれん ・関節痛(関節炎)、筋肉痛 ・口内炎、上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) ・下気道炎(肺炎、気管支炎) ・水泡 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ・出血傾向※全身性のもの ・リンパ節腫脹、(部位)、唾液腺膨張、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) | ・胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・髄膜炎、意識障害、麻痺(部位)、 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、その他 []) ・循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ・黄疸 ・肝機能障害 ・腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ・尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、外陰炎、頸管炎) |
| | 基礎疾患 | | |
| 転帰 | 経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因) | | |
| 主治医等から地方衛生研究所への連絡事項 | | | |

| | |
|--------------------|---|
| [保健所等記載欄] (主治医記載可) | |
| 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、宿舍・寮、病院、老人ホーム[介護施設を含む]、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 |
| | ワクチン接種歴 (無、有、不明) 最終接種年月日 年 月 日 ワクチン名 (Lot.No.) |

| | |
|--------------|---|
| [地方衛生研究所記載欄] | |
| 記載者名 | |
| 抗体検出 方法 | (蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他 []) |
| 結果 | () |
| 病原体検出 | 検出年月日 年 月 日 検出方法 [陽性となった方法を○で囲んで下さい] ・分離培養 (培養細胞:細胞名 [] 人工培地、発育鶏卵、動物、その他 []) ・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他 []) ・遺伝子検出 1.非増幅(ハイブリ、PAGE、その他 []) 2.増幅(PCR、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他 []) ・電顕 ・鏡検 |
| | 検出病原体 (群、型、亜型) |

[その他特記事項]

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下さい。
 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、衛生研究所への分離株の送付をお願いします。