

山形県
証紙
(消印しないこと)

委託書

平成 年 月 日

山形県衛生研究所長 殿

住所
氏名

印

下記の検査を委託します

記

理 化 学 試 験	1 試験検査の種類	
	2 検査物の名称	
	3 検査者委託の目的	
	4 検査物の名称採取年月日	平成 年 月 日
	5 検査物の採取場所	
	6 その他の参考事項	
細 菌 そ の 他 の 試 験	1 試験検査の種類	
	2 検査物の名称	
	3 検査物の採取年月日	平成 年 月 日
	4 被検者の住所	
	5 被検者の氏名・職業	男・女(歳)職業
	6 発病年月日	平成 年 月 日
	7 疑われる疾病又は検査目的	
	8 その他の参考事項	

様式 1

ツツガムシ病血液診断依頼票

主治医名 _____

*衛研整理番号 _____

病院・科名 _____

*衛研受付日 _____

電話連絡先 _____

所轄保健所 _____

患者氏名		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日	年齢 歳 性別 男・女
住 所			職 業	
採血月日	平成 年 月 日 ; 初回、 2回目 : _____ 病日			
臨床症状・経過等	発病月日	年 月 日		初診月日 年 月 日
	刺し口 所 見	有 ・ 無 発赤、水疱、潰瘍、痂皮 刺し口部位 ×で図示		下図に部位を図示して下さい 発疹 印、 刺し口：× リンパ節腫脹：●
	発熱経過	月 日	℃	
		月 日	℃	
		月 日	℃	
		月 日	℃	
	発 疹	有 ・ 無 発疹部位 斜線で図示		
	リンパ節 腫脹	有 ・ 無 腫脹部位 ●で図示		
その他	全身倦怠、頭痛、筋肉痛、 肝腫脹、その他（			
既使用 抗生剤	月/日～月/日			
既往症				

(注) *：記入しないでください（衛研で記入）

臨床検査所見	月 日現在		その他の検査			
	RBC:	尿蛋白:				
	WBC:	尿ウロビリノーゲン:				
	血小板:	尿潜血:				
	GOT:					
	GPT:	DIC: 有 ・ 無				
	LDH:					
	CRP:					
疫学的事項	感染推定日	年 月 日 頃				
	感染地域	市・町・村				付近
	感染場所	地形	山地・平地・河川敷・海岸・その他 ()			
		現況	林・水田・畑・住宅地・野原・牧場・公園・ゴルフ場・果樹園・その他 ()			
	作業内容	森林作業 ・ 農作業 ・ 工事 ・ レジャー ・ 山菜等採取 その他 ()				
特記事項						
*検査成績	衛研 No	血液採取 年月日	検査依頼 年月日	<i>Orientia tsutsugamushi</i>		
				血中抗体価(IF)		遺伝子
				IgG	IgM	PCR
				Gilliam		
				Karp		
				Kato		
				Gilliam		
				Karp		
				Kato		
				Gilliam		
				Karp		
			Kato			
*備考						

(注) * : 記入しないでください (衛研で記入)