

インフルエンザ(H5N1)接触者調査票(接触者モニタリング用紙)

1.調査担当保健所 _____ 調査者氏名 _____ 調査年月日 _____

2.接触者番号:	
3.接触患者発生届受理番号:	4.患者居住地保健所

接触者詳細		5.居住地保健所	
6.氏名:			
7.住所:			
8.電話番号:			
9.職業(仕事先):			
10.生年月日:		11.年齢:	12.性別:
13.同居人の状況			
氏名①	(続柄)	氏名④	(続柄)
氏名②	(続柄)	氏名⑤	(続柄)
氏名③	(続柄)	氏名⑥	(続柄)

14. 患者もしくは患畜との接触状況(調査日から10日前まで) 日付および場所、接触内容を記載する			
15.患者(患畜)との最終接触日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃			
16. <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 要観察例 <input type="checkbox"/> 感染防護有り ←該当する項目を☑する			

接触者の調査時の状態 (17.調査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時)

18. 発熱 <input type="checkbox"/> 有: (発熱 _____ °C) ・ <input type="checkbox"/> 無	
19. 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 有: 咽頭痛 ・ 咳嗽 ・ 呼吸困難 ・ 低酸素症 ・ その他(_____) <input type="checkbox"/> 無	
21. 消化器症状 <input type="checkbox"/> 有: 下痢 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ その他(_____) <input type="checkbox"/> 無	
20. 発熱・呼吸器症状以外の症状 <input type="checkbox"/> 有: 頭痛 ・ 筋肉痛 ・ 関節痛 ・ 全身倦怠感 その他の症状(_____) <input type="checkbox"/> 無	
検査所見: 血算(_____ 月 _____ 日): 白血球 _____ 赤血球 _____ 血小板 _____ その他(_____)	
インフルエンザ抗原検査(_____ 月 _____ 日): 陽性(A 型 ・ B 型 ・ AB 不明) ・ 陰性 ・ 未実施	
胸部レントゲン(_____ 月 _____ 日): 《所見》	
ウイルス分離・同定(_____ 月 _____ 日)(検体材料: _____): 陽性(亜型: _____) ・ 陰性 ・ 検査中	
RT-PCR 検査(_____ 月 _____ 日): 陽性(亜型: _____) ・ 陰性 ・ 検査中 ・ 未実施	
血清抗体価(_____ 月 _____ 日)検査法(_____)(亜型: _____): 抗体価(_____)倍 ・ 検査中 ・ 未実施	

§ 太枠内は必須。検査所見に関しては、判っていれば記載のこと。

接触者氏名 _____

接 触 者 モ ニ タ リ ン グ

患者(or患者)との最終接触日時: 年 月 日 時頃

月日	最終接触 より	連絡手段	体温(°C)	呼吸器症状の有無	呼吸器以外の症状	確認者
/	0日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	1日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	2日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	3日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	4日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	5日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	6日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	7日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	8日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	9日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	10日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	

連絡先 TEL

担当者名

《 体 温 記 録 用 紙 》

- * インフルエンザ(H5N1)観察期間は最長でも10日です。
- * 接触があった日から10日間、38度以上の急な発熱や急性呼吸器症状がなければ、ほぼ感染はなく、もちろん他への感染力もないと思われます。
- * 気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健所にご連絡下さい(☆)。
- * なお無症状であり、かつ(☆)を確実に守りいただけるという前提で、この期間も通常通りの生活はしていただけます。しかし、不要不急の外出等は控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行っていただくことをお願い致します。

氏名	住所	TEL 携帯
----	----	-----------

接触日より	日	測定時間	体温(°C)	他呼吸器等症状等	備考欄(行先等)
接触日	H 年 月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 1日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 2日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 3日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 4日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 5日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 6日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 7日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 8日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 9日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 10日目	月 日	朝 :			
		夕 :			

問い合わせ・返信先

保健所名 _____
 住 所 _____
 電 話 _____

F A X

担当者名 _____

インフルエンザ(H5N1)患者(疑似症患者を含む)・要観察例 患者調査票

※□欄の場合、該当する項目を☑すること

1. 調査担当保健所() 2. 調査年月日(年 月 日)

インフルエンザ(H5N1)患者調査票		3.患者居住地保健所()	
4. 感染症発生届受理No. _____		調査者氏名	
5.届出医療機関名		6.主治医名	
7.届出医療機関所在地		8.TEL ()	
9. 届出受理日 平成 (西暦)年 月 日 (時 分)		10. 受理自治体 (都・道・府・県・市・区)	
11. 受理保健所 保健所		12. 受理者名	
13. 患者氏名	14. 性別 男 ・ 女	15. 生年月日	年 月 日生 (歳)
16. 職業業種(注1) 注1) 職業・業種:保育園、幼稚園、学校などの所属組名等、やや詳細に記入すること。			
17. 勤務先名・所在地		18. TEL ()	
19. 自宅住所		20. TEL ()	
21. 受理日現在の 患者所在地		22. TEL ()	
□届出医療機関 □自宅 □勤務先・学校 □その他() □不明			
23. 同居者	氏名① (続柄) _____年 月 日生(歳)	24. 保護者氏名(注2) 注2)保護者氏名・住所:届出患者が未成年の場合	
	氏名② (続柄) _____年 月 日生(歳)		
	氏名③ (続柄) _____年 月 日生(歳)	25. 保護者住所 TEL ()	
	氏名④ (続柄) _____年 月 日生(歳)		
	氏名⑤ (続柄) _____年 月 日生(歳)		
	氏名⑥ (続柄) _____年 月 日生(歳)		
症状発現日			
□26. 38度以上の発熱 (年 月 日)			
□27. 咳 (年 月 日)			
□28. 咽頭痛 (年 月 日)			
□29. 息苦しさ、呼吸困難感 (年 月 日)			
□30. 下痢 (年 月 日)			
□31. 全身倦怠感 (年 月 日)			
□32. 意識混濁 (年 月 日)			
□33. その他1 () (年 月 日)			
□34. その他2 () (年 月 日)			
35. 発病年月日(原則発熱開始日) _____年 月 日 時		36. 初診年月日 _____年 月 日 時	

37. 診断日		年	月	日	時	38. 感染推定日		年	月	日	時				
39. 退院日		年	月	日	時	40. 死亡日		年	月	日	時				
	感染源	接触状況	所在地	最終接触日	感染源のインフルエンザ診断(ヒトの場合のみ)										
41. 疑われる					要観察例・疑似症・確定・不明										
感染源					要観察例・疑似症・確定・不明										
					要観察例・疑似症・確定・不明										
インフルエンザ(H5N1)の発生が報告されている地域・都市名への立ち入りおよび滞在歴(今後の発症地域により、右記地域は随時変更される)		<input type="checkbox"/> 42 日本国内 (地域: _____)													
		<input type="checkbox"/> 43.		47.滞在期間		年	月	日	~	年	月	日			
		<input type="checkbox"/> 44.		48. 同行者 ()名											
		<input type="checkbox"/> 45.		49. 旅行会社名()											
		<input type="checkbox"/> 46.		50. 利用交通機関(飛行機等) ()											
51. 既往歴															
52. 献血歴(症状出現前7日以内)		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有:		献血日		年	月	日	献血場所 _____				
53. 臓器移植歴(症状出現前7日以内)		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(□ドナー □レシピエント)		手術日		年	月	日	医療機関 _____				
54. 現病歴															
55. 治療経過															
治療薬		56. タミフル内服の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		服薬開始日		年	月	日					
		57. 他の抗インフルエンザウイルス薬		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		服薬開始日		年	月	日					
		58. 他の主な薬剤 ()													
59. (入院)医療機関名		60.主治医名()				61. 入院の有無						<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	
62. (入院)医療機関所在地		63. TEL ()													
64. 入院期間		年		月		日		~		年		月		日	

検査結果	検査項目	検査値もしくは所見	検査日
	65. 胸部 X 線	肺炎像 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 《所見》	年 月 日
	66. 胸部 CT	肺炎像 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 《所見》	年 月 日
	67. 白血球数	/ μ l	年 月 日
	68. リンパ球	% (/ μ l)	年 月 日
	69. 血小板数	/ μ l	年 月 日
	70. CRP	mg/dl	年 月 日
	71. その他		年 月 日

72. 調査時の状態	
73. 総合所見: <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様症状 <input type="checkbox"/> 肺炎発症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> その他()	
判定	<input type="checkbox"/> 74. 確定 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 75. 疑似症 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 76. 要観察例 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 77. 保留 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 78. 否定(不安例を含む) 年 月 日
<input type="checkbox"/> 79. 年 月 日	
80. 症例棄却の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日 理由
81.初回調査後の経過	
* 患者行動調査及び接触者調査については、別添の調査票を用いる	

インフルエンザ以外の病原体検査結果		
アデノウイルス抗原	82. + ・ - ・ 未実施	年 月 日
RS ウイルス抗原	83. + ・ - ・ 未実施	年 月 日
その他	84.	年 月 日
	85	年 月 日

インフルエンザウイルス特異的検査結果					
抗原検査		86. <input type="checkbox"/> 陽性 (A 型 ・ B 型 ・ AB 不明)		年 月 日	
(迅速検査)		・ <input type="checkbox"/> 陰性 ・ <input type="checkbox"/> 検査未実施			
	検体材料	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設
87. RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
88. RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
89. ウイルス分離 同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
90. 血清抗体検査 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	検査法	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
91. 追加・その他	検査法	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設

※欄の場合、該当する項目をすること

インフルエンザ（H5N1）患者（疑似症患者を含む）・要観察例 行動調査票 I

患者発生届受理番号: _____ 患者氏名〔 _____ 〕 調査実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

《 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日までの行動記録記入》 居住地保健所(_____)

※本調査は症状発現前日～初回調査日までの行動を記録するものである 調査実施保健所(_____) 記入者氏名〔 _____ 〕

	月日	時間	発症者の行動(訪問先、面会者、旅行などについて)の詳細	接触者氏名(住所、携帯電話もしくは連絡先電話番号、職業、年齢、発症者との関係)
発症日より	月 日			
発症1日前	月 日			

備考欄:

インフルエンザ (H5N1) 相談記録票

島根県

保健所

別添 5

発信者 相談者	・機関名	相談番号	
	・氏名	相談年月日	平成 年 月 日 時 分
	・連絡先	対応者氏名	
患者 氏名 性別・年齢	男・女 (歳)	相談内容	
住所			
電話番号 (携帯)			
	項目	チェック欄	備考
症状	38℃以上の発熱	有 (月 日から) ・ 無	
	咳・呼吸困難などの 急性呼吸器症状	有 (月 日から) ・ 無	
	その他		
渡航 状況	旅行先 (渡航先に○)	インドネシア・カンボジア・タイ 中国・ベトナム・トルコ・イラク アゼルバイジャン・エジプト・ジブチ	
	渡航期間	月 日～ 月 日 月 日～ 月 日	帰国時 航空会社名
	帰国	月 日 空港着	空港発 便
接触 状況	患者(確定例)との接触	有 (月 日) ・ 無	接触状況 看護・介護・同居 気道分泌物・体液に接触 直接接触 2メートル以内に接近
	患者(疑い例)との接触	有 (月 日) ・ 無	
	要観察例との接触	有 (月 日) ・ 無	
	病鳥(疑いがある鳥)		
	死亡鳥との接触	有 (月 日) ・ 無	
受診歴 医師の 判断	医療機関名 :	科 医師氏名 :	
	初診日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要観察例に該当するか	要観察例 該当なし
		<input type="checkbox"/> 入院治療が必要かどうか	必要 不要
		<input type="checkbox"/> 救急搬送が必要かどうか	必要 不要
回答 対応	<input type="checkbox"/> 要観察例に該当する <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 要観察例に該当しない <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 病気(症例定義等)及び行政対応の説明 <input type="checkbox"/> 第2種感染症指定医療機関の受診勧奨 <input type="checkbox"/> 医療機関への連絡(病院担当者) <input type="checkbox"/> 受診方法 徒歩・自家用車・保健所患者搬送車・救急搬送・その他 <input type="checkbox"/> 受診予定時間 <input type="checkbox"/> 受診窓口の場所 <input type="checkbox"/> マスクの着用等咳エチケット <input type="checkbox"/> 任意入院について <input type="checkbox"/> 薬事衛生課への連絡	

保健所コード 西 暦 ID 衛研受付番号 病原体定点コード
 □□□□□□ □□□□ □□□-□□□□ □□□□□□ □□□□

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)
	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
検採取日	年 月 日
検査材料	<ul style="list-style-type: none"> ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) 喀痰 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 []
臨床的	<ul style="list-style-type: none"> 髄液 尿 穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他) 皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) 陰部尿道頭管擦過物/分泌物
事項	<ul style="list-style-type: none"> 無症状 発熱(最高 °C) 関節痛、筋肉痛 口内炎、上気道炎、下気道炎(肺炎、気管支炎) 発しん(水疱、丘しん、紅斑、バラしん)、出血傾向 リンパ節腫脹、腫脹(部位)、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)
基礎疾患	
転帰	経過観察中、軽快、治癒、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	<ul style="list-style-type: none"> 散発 地域流行 家族内発生(無、有) 集団発生(無、有) 有の場合(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、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、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	ワクチン名 [] 最近の接種年月日 []年 []月 []日

[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 ([])
病原体检出	検出年月日 []年 []月 []日 検出方法 [] [陽性となった方法を] 分離培養(培養細胞:細胞名 []人工培地、発育鶏卵、動物、その他 [])
	[陽性となった方法を] 抗原検出等(電顕、鏡検、蛍光、EIA、凝集反応、イムノクロマト、その他 [])
	[陽性となった方法を] 遺伝子検出(1.非増幅[ハイブリ、PAGE、その他 []] 2.増幅[PCR、LAMP、その他 []])
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、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。