

別記様式1

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	
査 材 料	材料の種類 [該当するもの一つを ○で囲んで下さい]	<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 []
		<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
臨 床 的 事 項	臨床症状・徴候等 [該当するものを全てを ○で囲んで下さい] (基礎疾患を除く)	<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)
		<ul style="list-style-type: none"> ・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
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 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]	<ul style="list-style-type: none"> ・分離培養(培養細胞:細胞名 []) 人工培地、発育鶏卵、動物、その他) ・抗原検出等(電顕、鏡検、蛍光、EIA、凝集反応、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、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。