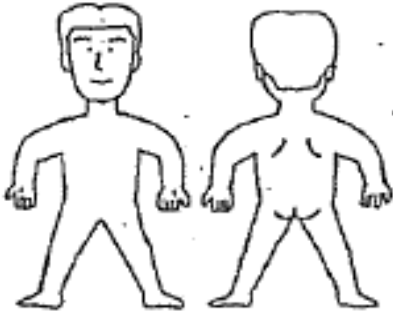


SFTS,日本紅斑熱,つつが虫病患者調査票

※記載できる部分のみでかまいません。

主治医:		連絡担当者:					
医療機関名:		連絡先:					
検査依頼項目		SFTS ・ 日本紅斑熱、つつが虫病					
患者情報	氏名:				性別 (男 ・ 女)	年齢: 歳	
	住所:						
	発病日:	年	月	日			
	初診年月日:	年	月	日			
疫学情報	感染推定日:	年	月	日			
	感染地域	県 市 町 村 付近					
	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 ()					
	動物の飼育	イヌ ・ ネコ ・ その他 ()					
臨床所見	発熱	℃			刺し口の部位 (○印で記入) 		
	発疹	有・無	部位()				
	刺し口	有・無	※有の場合部位→				
	消化器症状	有・無	(嘔吐・下痢・腹痛)				
	全身倦怠感	有・無					
	筋肉痛	有・無					
	神経症状	有・無					
	意識障害	有・無					
	リンパ節腫脹	有・無	部位()				
	出血症状	有・無	部位()				
その他							
血液所見 (血液検査数値表で代用 いたいただいても 良いです)	血液所見採取日	年	月	日 (病日)	基準範囲(参考値) (国立がん研究センター参考)		
	血小板 (PLT)				/μL	15.8-34.8万/μL	
	白血球 (WBC)				/μL	3.3~8.6千/μL	
	肝酵素	AST:				U/L	13-30U/L
		ALT:				U/L	7-42U/L
		LDH:				U/L	124-222U/L
	CRP				mg/dL	≦0.14mg/dL	
	フェリチン				ng/mL	男性25-280ng/mL 女性10~120ng/mL	
DIC	有・無						
その他							
尿所見	蛋白尿	有・無					
	尿潜血	有・無					
髄液所見	血球貪食	有・無					
治療	投 薬:	ミノマイシン ・ その他()					
	その他:	()					
検体種別	血液	咽頭拭い液	痂皮	尿	痂痰	その他 ()	
検体採取日	/	/	/	/	/	/	