

(別紙 2)

保健所コード 西 暦 I D 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、四類感染症及び五類感染症検査票(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
採取日	年 月 日
検査材料 [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・気管吸引液 ・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・結膜ぬぐい液 ・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[] ・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) ・陰部尿道頸管擦過物/分泌物
臨床的 事項 [該当するものを 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) ・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) ・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 ・家庭内発生(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、イムノブロット、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 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、その他) ・遺伝子検出(1.非増幅[ハイブリ、PAGE、その他]) 2.増幅[PCR、その他]) 検出病原体 (郡、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) 二類、三類感染症について医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、可能な範囲で地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。