

(別紙 4 - 1)

SARS患者(疑い例・疑似症患者)発生時の患者調査票

欄の場合、該当する項目を☑すること

1. 調査担当保健所 ()

重症急性呼吸器症候群(SARS)患者調査票				2. 患者居住地保健所 ()					
3. 感染症発生届受理 No.				調査者氏名					
4. 届出医療機関名				5. 主治医名					
6. 届出医療機関所在地				7. TEL ()					
8. 届出受理日 平成 (西暦)年 月 日 (時 分)				9. 受理自治体 (都・道・府・県・市)					
10. 受理保健所		保健所		11. 受理者名					
12. 患者氏名		13. 性別	男・女	14. 生年月日	年 月 日生 (歳)				
15. 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。									
16. 勤務先名・所在地				17. TEL ()					
18. 自宅住所				19. TEL ()					
20. 受理日現在の患者所在地		届出医療機関	自宅	勤務先・学校	21. TEL ()				
		その他 ()	不明						
22. 家族構成				氏名 (続柄) 年 月 日生(歳)		23. 保護者氏名(注2)			
				氏名 (続柄) 年 月 日生(歳)		注2) 保護者氏名・住所: 届出患者が未成年の場合			
				氏名 (続柄) 年 月 日生(歳)		24. 保護者住所			
				氏名 (続柄) 年 月 日生(歳)					
				氏名 (続柄) 年 月 日生(歳)		25. TEL ()			
症状発現日		26. 38度以上の急な発熱	(27. 年 月 日)						
		28. 咳	(29. 年 月 日)						
		30. 息苦しさ、呼吸困難感	(31. 年 月 日)						
		32. 全身倦怠感	(33. 年 月 日)						
		34. 意識混濁	(35. 年 月 日)						
		36. 発疹	(37. 年 月 日)						
		38. 下痢	(39. 年 月 日)						
40. その他1 (41.)		(42. 年 月 日)							
43. その他1 (44.)		(45. 年 月 日)							
46. 発病年月日		年 月 日 時	47. 初診年月日		年 月 日 時				
48. 診断日		年 月 日 時	49. 死亡日		年 月 日 時				

(別紙 4 - 2)

50. 感染したと推定される日		年	月	日	時	
51. 誰からの感染を疑っているか	氏名	患者との関係	現在の居住地	最終接触日	SARSの診断の有無(で囲む)	
					疑い例・疑似症・患者。診断無・不明	
					疑い例・疑似症・患者。診断無・不明	
					疑い例・疑似症・患者。診断無・不明	
SARSの発生が報告されている地域・都市						
中国(52 北京・53 広東省・54 山西省・55 天津・56 内モンゴル自治区) で囲む。複数可。						
名への立ち入りおよび滞在歴(今後のSARS症例発症地域により、右記地域は随時変更される)		57. 香港特別行政区	62. 滞在期間	年	月	
		58. 台湾		日	~ 年	
		59. _____	63. 同行者 ()名		月	
		60. _____	64. 旅行会社名()		日	
		61. _____ ()	65. 帰国便名:複数の場合、全て記入			
66-1. 既往歴						
66-2. 症状出現前10日以内供血歴 無 有: 供血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 供血場所						
症状出現前3週間以内臓器等提供歴 無 有: 提供日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提供場所・臓器名						
SARS患者の治療経過及び検査結果						
治療		67. 治療薬の有無 有 無	68. 服薬開始日	年	月	
		69. 投与薬剤名 ()		日		
70. (入院)医療機関名			72. 入院の有無	有	無	
71. 主治医名()				不明		
73. (入院)医療機関所在地			74. TEL ()			
入院期間 入院 (75. _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 76. _____ 年 _____ 月 _____ 日)						
検査結果	検査項目	検査値もしくは所見		検査日		
	胸部X線	77. 肺炎像 (有 無)		78. _____ 年 _____ 月 _____ 日		
		《所見》				
	胸部CT	79. 肺炎像 (有 無)		80. _____ 年 _____ 月 _____ 日		
		《所見》				
	白血球	81. _____	/ μ l	82. _____	年 _____ 月 _____ 日	
	リンパ球	83. _____ % (_____	/ μ l)	84. _____	年 _____ 月 _____ 日	
	CPK	85. _____	IU/l	86. _____	年 _____ 月 _____ 日	
	AST	87. _____	IU/l	88. _____	年 _____ 月 _____ 日	
	ALT	89. _____	IU/l	90. _____	年 _____ 月 _____ 日	
CRP	91. _____	mg/dl	92. _____	年 _____ 月 _____ 日		
PaO ₂	93. _____	%	94. _____	年 _____ 月 _____ 日		

(別紙 4 - 3)

その他		95.	96.	年	月	日
採取検体	97. 咽頭ぬぐい液	98. 喀痰	99. BAL液	100. 血液	101. 便	102. 尿
	103. 他_____	104. 検体提出日(年 月 日)		105. 提出先_____		
106. RT-PCR 検査(年 月 日): 陽性・陰性・検査中		107. 検体材料_____				
特殊検査結果	108. ウイルス分離・同定(年 月 日): 陽性・陰性・検査中		109. 検体材料_____			
110. 血清抗体価(年 月 日): 陽性()・陰性・検査中						
111. 初回調査時の状態						
112. 患者		113.	年	月	日	
114. 疑似症		115.	年	月	日	
判	116. 疑い例	117.	年	月	日	
定	118. 保留	119.	年	月	日	
120. 否定(不安例を含む)		121.	年	月	日	
122. 症例棄却の有無 有 無		123.	年	月	日	124. 理由
125. 初回調査後の経過						
* 接触者については、別表の接触者調査票を用いる						

欄の場合、該当する項目を☑すること

(別紙 5 - 1)

SARS患者(疑い例・疑似症患者)行動調査票

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10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(_____)
記入者職氏名 [_____]

発症 日前	月 日	時間	発症者の行動(訪問先、面会者、 旅行者などについて)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)
記 入 例		1:00 ~ 8:30 ~ 10:30 ~ 12:00 ~ 13:00 17:30 ~	・夜中1時より悪寒があり、朝熱っぽかった。 ・家を出てA病院受診(どんな服装、待合室 にいた患者数等 ・JRに乗りB会社に出勤(C行きの快速) ・会社を出てD食堂で昼食 ・会社に戻る。 ・JRに乗り帰宅(E行きの各駅停車)	・妻SK(F市、090-////、Gスーパーでパート) ・TM医師(F市、////、A病院) 以下、同様に記載
発症 2日 前	月 日			
発症 1日 前	月 日			

備考欄：

(別紙 5 - 2)

SARS患者(疑い例・疑似症患者)行動調査票

患者発生届受理番号：

患者氏名[]

発症日より	月日	時間	所在地、滞在地 施設名(住所、 連絡先、窓口等)	発症者の行動と接触状況 (2メートル以内の濃厚 接触については詳細に)	接触者(氏名、 年齢、性別、濃 厚接触の有無等)	接触者住所	接触者連絡先 (電話・携帯)
発 症 日	月 日						

備考欄：

(別紙 5 - 3)

SARS患者(疑い例・疑似症患者)行動調査票

患者発生届受理番号:

患者氏名[

]

発症日より	月日	時間	所在地、滞在地 施設名(住所、 連絡先、窓口等)	発症者の行動と接触状況 (2メートル以内の濃厚 接触については詳細に)	接触者(氏名、 年齢、性別、濃 厚接触の有無等)	接触者住所	接触者連絡先 (電話・携帯)
発 症 1 日 後	月 日						

備考欄:

(別紙 5 - 4)

SARS患者(疑い例・疑似症患者)行動調査票()

本票は、発症2日後から10日後目まで、それぞれ別様で連続して作成の上、記載すること。
また、11日目以降は、適宜、必要に応じて作成すること。

患者発生届受理番号：

患者氏名[

]

発症日より	月日	時間	所在地、滞在地 施設名(住所、 連絡先、窓口等)	発症者の行動と接触状況 (2メートル以内の濃厚 接触については詳細に)	接触者(氏名、 年齢、性別、濃 厚接触の有無等)	接触者住所	接触者連絡先 (電話・携帯)
発 症 () 日 後	月 日						

備考欄：

(別紙 6)

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	(続柄)	氏名	(続柄)
氏名	(続柄)	氏名	(続柄)
氏名	(続柄)	氏名	(続柄)
供血歴 : 有 () 無		臓器提供歴 : 有 () 無	

14 患者との接触の状況 (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. 患者との最終接触日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃			
16. 高	低	疑い	感染防護有り
該当する項目を <input type="checkbox"/> する			

接触者の調査時の状態 (17. 調査日時年月日時頃)

18. 発熱	有 : (発熱) . 無				
19. 呼吸器症状	有 : 咳嗽 . 多呼吸 . 呼吸困難 . 低酸素症 . その他 () 無				
20. 発熱・呼吸器症状以外の症状	有 : 頭痛 . 筋肉痛 . 腹痛 . 下痢 . 嘔吐 . その他の症状 () 無				
検査所見 : 血算 (月 日)	白血球	赤血球	血小板	その他 ()	
生化学 (月 日)	CRP	AST	ALT	LDH	その他 ()
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 . 陰性 . 検査中					
RT-PCR検査 (月 日): 陽性 . 陰性 . 検査中					
血清抗体価 (月 日): 陽性 () . 陰性 . 検査中					

§ 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。

(別紙 7)

接触者氏名 _____

接触者モニタリング

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 ()	呼吸器症状の有無	呼吸器以外の症状	確認者
/	1日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	2日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	3日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	4日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	5日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	6日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	7日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	8日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	9日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	10日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
/	日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・ 他 ()	無・下痢・嘔吐・頭痛・ 他 ()	

【 連絡先 TEL

担当者名

】

(別紙 8)

《 体 温 記 録 用 紙 》

- * SARS (重症急性呼吸器症候群) の潜伏期間は10日間といわれています。
- * 接触があった日から10日間、38 以上の急な発熱や咳、呼吸困難等の呼吸器症状がなれば、ほぼ感染はないと思われます。
- * 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ください。()
- * なお無症状であり、かつ()を確実にお守りいただけるという同意のもとで、多くの方について、この期間も通常どおりの生活が可能です。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いたします。

氏名	住所	TEL 携帯
----	----	-----------

接触日より	日	測定時間	体温 ()	他呼吸器症状等	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: _____

(別紙 9-1)

別添1 報告用紙(1/2ページ)

送付年月日: 年 月 日 時 分

送付先 保健所行き

SARSの非流行時における報告について

医療機関名 _____

医療機関の住所 _____

担当者氏名 _____

電話番号 _____

1. 医療従事者

イニシャル	
年齢・性別	()歳 男・女
職種	医師・看護師・その他の職種()
発症時期	年 月 日
症状等	発熱() 呼吸器症状(咳・息切れ・呼吸困難) 胸部X線所見 使用抗生剤 (: 日間) (: 日間) (: 日間) インフルエンザ検査(陽性・陰性)
経過	
備考	

(別紙 9-2)

別添1 報告用紙(2/2ページ)

2. 医療従事者の感染源となった初発患者

イニシャル	
年齢・性別	()歳 男・女
渡航歴	渡航先 () その期間 年 月 日から 年 月 日
発症時期	年 月 日
症状等	発熱() 呼吸器症状(咳・息切れ・呼吸困難) 胸部X線所見 使用抗生剤 (: 日間) (: 日間) (: 日間) インフルエンザ検査(陽性・陰性)
経過	
備考	

(別紙 10)

別添2

予防策

- ・手洗い：体液・体物質あるいは患者が直接接触したと思われるものに接触後、手袋を外した後、患者から患者へ接触するとき（通常は石鹸と流水）
- ・手袋：体液に接触、粘膜接触、傷のある皮膚に接触する場合は手袋着用。使用後は手袋を外し、直ちに手洗いの励行
- ・マスク：着用（サージカルマスク以上）
- ・ガウン：衣類が汚染しそうなとき、着用
汚染したガウンはすぐに脱ぎ、手洗い励行。