

エキノкокクス症患者票

(別紙様式1)

〔 調査年月日 年 月 日 〕
 調査者氏名

1 患者(届出)情報

届出受理日	平成 年 月 日	受理保健所名		
患者氏名	性別	生年月日	年 月 日	
住所(居住地)			電話	
職業*				
勤務先・学校等名			電話	
保護者氏名*			電話	

* 職業:無職の場合は過去の職歴について記載すること * 保護者氏名:患者が未成年の場合に記載すること

2 診断方法・所見等(該当する□にチェックをし、必要事項を記入すること)

発症日(推定)		診断日	平成 年 月 日
診断医師氏名		医療機関名	
医療機関所在地			電話
症状	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、下欄に具体的に記載)		
	<input type="checkbox"/> 疼痛 (部位等:)		
	<input type="checkbox"/> 肝腫大 (具体的な状況:)		
	<input type="checkbox"/> 黄疸		
<input type="checkbox"/> その他 (具体的内容:)			
血清検査	<input type="checkbox"/> 実施あり ・ <input type="checkbox"/> 実施なし (ありの場合は、下欄に具体的に記載)		
	1	実施年月日	年 月 日
		結果	ELISA値 (数値:) Western Blot(+ ± -)
	2	実施年月日	年 月 日
		結果	ELISA値 (数値:) Western Blot(+ ± -)
	その他	実施年月日	年 月 日
結果			
検査実施機関	<input type="checkbox"/> 技師会検査所 <input type="checkbox"/> 道立衛生研究所 <input type="checkbox"/> その他()		
理学検査	実施項目 : <input type="checkbox"/> US ・ <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	具 体 的 所 見	異常所見部位	
		石灰化	
		のう胞	
その他所見			
病理検査	病理検査実施機関	(実施予定の場合) 予定年月:	
	病理組織標本番号		
	病理診断名(正式名)		
治療	<input type="checkbox"/> 実施済み ・ <input type="checkbox"/> 実施予定 ・ <input type="checkbox"/> 予定無し		
	手術	実施(予定)日: 年 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定 手術内容 ()	
	薬物	アルペンダゾール(エスカゾール) <input type="checkbox"/> 投与なし ・ <input type="checkbox"/> 投与あり 薬量() 投与期間()	
	その他		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 通院 (通院間隔:)) <input type="checkbox"/> 定期検診中 (通院間隔:) <input type="checkbox"/> 受診無し(最終受診日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 転医済(転医先医療機関名) <input type="checkbox"/> その他()	
検診受診歴	<input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 無し		
	<input type="checkbox"/> 一次検診 (受診日:) <input type="checkbox"/> 二次検診 (受診日:)		
診断医療機関の受診動機	<input type="checkbox"/> エキノкокクス症二次検診担当医師からの紹介 <input type="checkbox"/> 生活習慣病等の健康診断担当医師からの紹介 <input type="checkbox"/> 肝疾患疑のため、他医からの照会 <input type="checkbox"/> 有症状による受診(エキノкокクス症以外の症状含む) <input type="checkbox"/> その他()		
特記事項	(肝疾患などの既往歴等含む)		

