

保健所コード
□□-□□-□□

保健所登録全数報告ID
□□□□-□□□□-□□□□□

衛研受付番号(検体提供者番号)
□□□□□□□□

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、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）

患者	性別 (男・女)	定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください ・インフルエンザ定点・小児科定点・眼科定点 ・性感染症定点・基幹定点
	年齢 (歳 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		
検 採 取 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) 髄液 尿 吐物 喀痰 気管吸引液 穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他[]) 咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) 皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) 結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) 陰部尿道頸管擦過物/分泌物 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()
	臨床的 事項	<ul style="list-style-type: none"> 無症状 頭痛 発熱(最高 ℃) 熱性けいれん 関節痛(関節炎)、筋肉痛 口内炎 上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) 下気道炎(肺炎、気管支炎) 水疱 発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) 出血傾向※全身性のもの リンパ節腫脹(部位)、唾液腺腫脹、腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、浮腫(部位)) ショック症状(低血圧、循環不全) 尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、外陰炎、) その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候)
基礎疾患		
転 帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、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) 発生市区町村() 有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舍・寮、病院、老人ホーム[介護施設を含む]、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、国内ツアー、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	(無、有、不明)	最終接種年月日 年 月 日
	ワクチン名	(Lot No.)

[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 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(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[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、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[]) 電顕 鏡検
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。