

感染症発生動向調査(定点把握五類感染症)検査依頼票

広島市衛生研究所長 様

定点 _____ 機関名 _____

担当者(主治医) _____

検体送付日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	ID番号 _____
検体提供者 氏名 _____ 性別: 男・女	生年月日: S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ 月)
現住所 広島市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号	
発病日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	転帰 経過観察中 軽快 治癒 死亡

検体採取日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 初回・追加)

検査材料 _____
咽頭ぬぐい液 髄液 糞便 尿 水疱内容 皮膚病巣 結膜ぬぐい液 その他(_____)

臨床診断名 _____				
インフルエンザ	咽頭結膜熱	感染性胃腸炎	A群溶連菌咽頭炎	手足口病
百日咳	ヘルパンギーナ	麻疹(成人を除く)	流行性耳下腺炎	急性出血性結膜炎
流行性角結膜炎	成人麻疹	細菌性髄膜炎	無菌性髄膜炎	

臨床症状・徴候等(基礎疾患を除く) _____	
無症状(健康者) 発熱 _____ (最高体温 _____) 熱性けいれん 関節痛, 筋肉痛, 関節炎, 筋炎 口内炎(歯肉炎) 上気道炎 下気道炎(肺炎, 気管支炎) 水疱 発疹(丘疹, 紅斑, パラ疹) 出血傾向(紫斑病, 出血熱) 全身性のものに限る リンパ節腫張 唾液腺腫張(耳下腺炎, 顎下腺炎) その他の症状: _____	ショック症状(低血圧, 循環不全) 胃腸炎(下痢, 嘔気・嘔吐) 角膜炎, 結膜炎, 角結膜炎 髄膜炎(頂部強直) 意識障害 麻痺(全身性, 中枢神経系のものに限る) 脳炎 脳症 脊髄炎 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(膀胱炎, 尿道炎, 外陰炎, 頸管炎)

疫学的事項 _____

発生の状況 (散発 地域流行 家族内発生 集団発生...集団発生の場所 _____)

最近の海外渡航歴 (有り 無し) ・ 発生市区町村(_____ 市区町村)

渡航先国名 _____ (地域 _____) _____ (地域 _____)

渡航期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

当該疾患のワクチン接種歴 (有り 無し)

ポリオ(1回目, 2回目: _____ 年 _____ 月 _____ 日) インフルエンザ(1回目, 2回目: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

ムンプス(Lot. _____ : _____ 年 _____ 月 _____ 日) その他(_____ : _____ 年 _____ 月 _____ 日)

その他連絡事項 _____

係	主任	部長
---	----	----

感染症発生動向調査(定点把握五類感染症)検査依頼票(控)

広島市衛生研究所長様

定点 _____ 機関名 _____

担当者(主治医) _____

検体送付日 平成 年 月 日	ID番号
検体提供者 氏名 _____ 性別: 男・女	生年月日: S・H 年 月 日 (歳 月)
現住所 広島市 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号	
発病日 平成 年 月 日	転帰 経過観察中 軽快 治癒 死亡

検体採取日 平成 年 月 日 (初回 ・ 追加)

検査材料 _____
 咽頭ぬぐい液 髄液 糞便 尿 水疱内容 皮膚病巣 結膜ぬぐい液 その他(_____)

臨床診断名	インフルエンザ	咽頭結膜熱	感染性胃腸炎	A群溶連菌咽頭炎	手足口病
	百日咳	ヘルパンギーナ	麻疹(成人を除く)	流行性耳下腺炎	急性出血性結膜炎
	流行性角結膜炎	成人麻疹	細菌性髄膜炎	無菌性髄膜炎	

臨床症状・徴候等(基礎疾患を除く) 無症状(健康者) 発熱 _____ (最高体温 _____) 熱性けいれん 関節痛, 筋肉痛, 関節炎, 筋炎 口内炎(歯肉炎) 上気道炎 下気道炎(肺炎, 気管支炎) 水疱 発疹(丘疹, 紅斑, パラ疹) 出血傾向(紫斑病, 出血熱) 全身性のものに限る リンパ節腫脹 唾液腺腫脹(耳下腺炎, 顎下腺炎) その他の症状: _____	ショック症状(低血圧, 循環不全) 胃腸炎(下痢, 嘔気・嘔吐) 角膜炎, 結膜炎, 角結膜炎 髄膜炎(頂部強直) 意識障害 麻痺(全身性, 中枢神経系のものに限る) 脳炎 脳症 脊髄炎 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(膀胱炎, 尿道炎, 外陰炎, 頸管炎)
--	---

疫学的事項 _____

発生の状況 (散発 地域流行 家族内発生 集団発生...集団発生の場所 _____)
 最近の海外渡航歴 (有り 無し) ・ 発生市区町村(_____ 市区町村)
 渡航先国名 _____ (地域 _____) _____ (地域 _____)
 _____ (地域 _____) _____ (地域 _____)
 渡航期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
 当該疾患のワクチン接種歴 (有り 無し)
 ポリオ(1回目, 2回目: _____ 年 月 日) インフルエンザ(1回目, 2回目: _____ 年 月 日)
 ムンプス(Lot. _____ : _____ 年 月 日) その他(_____ : _____ 年 月 日)
 その他連絡事項 _____

検査結果 _____