**感染症発生動向調査（定点把握五類感染症）検査依頼票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （あて先） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島市衛生研究所長 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 定点No. | | | | | | |  | 機関名 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 検体送付日　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |  | | | | 担当者（主治医） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 検体提供者 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | ＩＤ番号 | | | NO. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別：　男 ・ 女 | |
|  | | 現住所 | | | 広島市　　　　　　　　区  区 | | | | | | | | | 生年月日　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　　日（　　　歳　　　月） | | | | | | | | | | | |
|  | | 発病日 | | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | 転帰　□転院　□入院　□経過観察中　□軽快　□治癒　□死亡 | | | | | | | | | | | |
|  | | 検体採取日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　（　　□初　回　　・　　□追　加　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 検 査 材 料 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □咽頭ぬぐい液　□鼻汁　□髄液　□糞便　□尿　□水疱内容　□皮膚病巣　□結膜ぬぐい液　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 感 染 症 名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □インフルエンザ | | | | | | | □咽頭結膜熱 | | | | □Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎 | | | | | | | | | □感染性胃腸炎 | | | □手足口病 | | |
| □水痘 | | | | | | | □ヘルパンギーナ | | | | □流行性耳下腺炎 | | | | | | | | | □急性出血性結膜炎 | | | □流行性角結膜炎 | | |
| □伝染性紅斑 | | | | | | | □RSウイルス感染症 | | | | □突発性発しん | | | | | | | | |  | | |  | | |
| □細菌性髄膜炎 | | | | | | | □無菌性髄膜炎 | | | | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 臨床症状・徴候等（基礎疾患を除く） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| □発熱　　（ 最高体温　　　　　　　　℃ ） | | | | | | | | | | | | | □ショック症状（ □血圧低下　□循環不全 ） | | | | | | | | | | | | |
| □熱性けいれん | | | | | | | | | | | | | □胃腸炎（ □下痢　□嘔気　□嘔吐　□腹痛 ） | | | | | | | | | | | | |
| □関節痛　□筋肉痛　□関節炎　□筋炎 | | | | | | | | | | | | | □角膜炎　□結膜炎　□角結膜炎 | | | | | | | | | | | | |
| □口内炎（ □歯肉炎 ） | | | | | | | | | | | | | □頭痛　□髄膜炎　□項部強直　□意識障害 | | | | | | | | | | | | |
| □上気道炎（ □鼻炎　□副鼻腔炎　□咽頭炎　□喉頭炎 ） | | | | | | | | | | | | | □麻痺　※全身性、中枢神経系のものに限る | | | | | | | | | | | | |
| □レプリーゼ | | | | | | | | | | | | | □脳炎　□脳症　□脊髄炎 | | | | | | | | | | | | |
| □下気道炎（ □肺炎　□気管支炎　□細気管支炎 ） | | | | | | | | | | | | | □循環器障害（ □心筋炎　□心膜炎　□心不全 ） | | | | | | | | | | | | |
| □水疱 | | | | | | | | | | | | | □黄疸 | | | | | | | | | | | | |
| □発疹（ □丘疹　□紅斑　□バラ疹 ）（ 部位：　　　　　） | | | | | | | | | | | | | □肝機能障害 | | | | | | | | | | | | |
| □出血傾向（□紫斑　□点状出血）　※全身性のものに限る | | | | | | | | | | | | | □尿路生殖器症状（ □膀胱炎　□尿道炎　□外陰炎　□頸管炎 ） | | | | | | | | | | | | |
| □リンパ節腫脹（ 部位：　　　　　） | | | | | | | | | | | | | □腎機能障害 | | | | | | | | | | | | |
| □唾液腺腫脹（ □耳下腺　□顎下腺 ） | | | | | | | | | | | | | （ □ＨＵＳ　□血尿　□蛋白尿　□乏尿　□多尿　□腎不全 ） | | | | | | | | | | | | |
| □その他の症状（ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ） |
|  | | 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（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □インフルエンザ | | | | | | | □ロタ | | | □水痘 | | | | | | □ムンプス | | | | □ヒブ | | □肺炎球菌 | | |
|  | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 接種回数　　　１回目：　　 年　　月　　日、　２回目：　　 年　　月　　日　（３回目以降は連絡事項にご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他連絡事項（血液検査等を実施した場合には、結果の記入をお願いします。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 投薬状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 迅速診断キットの検査結果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| インフルエンザウイルス〔 □Ａ型（＋・－）　□Ｂ型（＋・－） 〕 | | | | | | | | | | | | | | | □アデノウイルス（＋・－） | | | | | | | □尿中肺炎球菌抗原（＋・－） | | | |
| □ノロウイルス（＋・－） | | | | | | | | | □ロタウイルス（＋・－） | | | | | | □RSウイルス（＋・－） | | | | | | | □マイコプラズマ（＋・－） | | | |
| □Ａ群溶血性レンサ球菌（＋・－） | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |