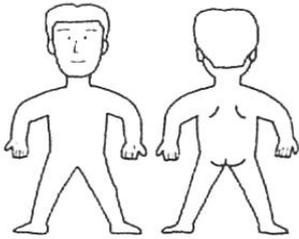


つつが虫病・日本紅斑熱・重症熱性血小板減少症候群(SFTS)患者調査票

医療機関記入欄 (太枠線内のみ記入)		医療機関名		電話番号			
		主治医名		科			
患者	氏名			性別	1. 男 2. 女		
	住所			年齢			
	初診月日	年	月	日	入院日 月 日		
	発病月日	年	月	日			
	採血月日	初回採血日	年	月	日	(病日)	
		回採血日	年	月	日	(病日)	
痂皮採取日	年	月	日				
調査事項	推定感染日	年	月	日	頃		
	感染地域	市町		付近			
	感染場所	(地形)	1. 山地	2. 平地	3. 河川敷	4. 海岸	
		(現状)	1. 林	2. 水田	3. 畑	4. 住宅地	5. 原野
作業内容	1. 農作業 2. 森林作業 3. 工事 4. レジャー 5. 山菜等の採取 6. その他 ()						
臨床所見	刺し口	有 無				刺し口の部位 (○印で記入) 	
		(部位)	1. 頭	2. 顔	3. 頸		4. 右肩
		(状態)	1. 水泡	2. 潰瘍	3. 痂皮		
	発熱	有 無					
		(最高体温)	℃				
	発疹	有 無					
		(部位)	1. 全身	2. 顔	3. 頸		4. 胸
リンパ節腫脹	有 無						
消化器症状	1. 下痢 2. 腹痛 3. 下血 4. 吐気 5. 嘔吐 6. その他 ()						
その他の所見	1. 頭痛 2. 筋肉痛 3. 肝腫脹 4. 全身倦怠 5. その他 ()						
検査所見	血液所見	1. 白血球数 ()			5. AST上昇 有 無 ()		
	尿所見	1. 蛋白 有 無			2. 潜血 有 無		
治療	抗生物質の使用	1. テトラサイクリン系 ()		有 無	開始月日 ()		
		2. ニューキノロン系 ()		有 無	開始月日 ()		
		3. その他 ()		有 無	開始月日 ()		
備考							

検査成績

実施機関名 ()

遺伝子検査結果	つつが虫病リケッチア		血液 (陽性 陰性)	痂皮 (陽性 陰性)				
	日本紅斑熱リケッチア		血液 (陽性 陰性)	痂皮 (陽性 陰性)				
	SFTSウイルス		血液 (陽性 陰性)					
抗体検査 (蛍光抗体法)	抗原	つつが虫病				日本紅斑熱		
抗体価	初回	IgM	Kato	Karp	Gilliam	Kawasaki	Kuroki	HP-34
		IgG						
	回	IgM						
		IgG						
結果	血清抗体検査結果から (A. つつが虫病, B. 日本紅斑熱) と診断されました。遺伝子検査結果から (C. つつが虫病, D. 日本紅斑熱, E. SFTS) と診断されました。抗体未上昇のため判定保留 (F. 7~14日後に再採血して下さい。) 過去の感染による残存抗体と思われます (G.) つつが虫病, 日本紅斑熱, SFTSではないと思われます (H.)						総合判定 () 1. つつが虫病 2. 日本紅斑熱 3. SFTS 4. 陰性 5. 保留	
備考								