

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	氏名																性別	☐ 男 ☐ 女	連絡先 (電話番号)					
	住所																生年月日(年齢)			年	月	日	(歳 カ月)	
	職業等(☐ 職場 ☐ 学校名)																保護者氏名							

[主治医等記載欄]

医療機関等名																	
主治医等医師名 (記載者)																	
診断名																☐ 分離株有	
発病日	2	0	2	年		月		日	入院・ 外来の別	入院 ・ 外来							
採取日	2	0	2	年		月		日	送付日	年 月 日							
検 査 材 料	材料の種類	☐ 鼻腔・鼻咽頭ぬぐい液(鼻汁) ☐ 喀痰 ☐ 唾液 ☐ 咽頭ぬぐい液(うがい液) ☐ 気管吸引液 ☐ 髄液 ☐ 尿 ☐ ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ☐ 皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ☐ 血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[]) ☐ その他[]															
	臨 床 的 事 項 (基礎疾患を除く)	臨床症 状・ 徴候等	☐ 無症状 ☐ 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ☐ 発熱(最高 [] °C) ☐ 角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ☐ 関節痛、筋肉痛 ☐ 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ☐ 口内炎、上気道炎、下気道炎(肺炎、気管支炎) ☐ 黄疸 ☐ 肝機能障害 ☐ 発しん(水疱、丘しん、紅斑、バラしん)、出血傾向 ☐ 腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ☐ ショック症状(低血圧、循環不全) ☐ 尿路生殖器症状 ☐ 髄膜炎、脳炎、脳症、脊髄炎、意識障害、麻痺(部位:)、その他: ☐ リンパ節腫脹(部位:) ☐ 浮腫(部位:) ☐ その他の症状[]														
		基礎疾患															
		転 帰	経過観察中、軽快、治癒、死亡 (原因:)														
		主治医等から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	☐ 散発 ☐ 地域流行 ☐ 家族内発生 ☐ 集団発生 集団発生に☑を付けた場合は、以下に○を付けてください。 (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、 福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、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	ワクチン名					最近の接種年月日	年 月 日									

[地方衛生研究所記載欄]

記載者名						判定年月日					
抗体検出	方法:					結果:					
病 原 体 検 出	方 法	・分離培養 (培養細胞、人工培地、その他[])									
		・遺伝子検出(PCR、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[])									
	検出病原体 (群、型、亜型)	・その他[]									

[その他特記事項]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

迅速診断キットの結果:[インフルエンザ(―・A型・B型)・SARS-CoV-2(―・+)・その他:]
 抗ウイルス薬投与[無 ・ 有: タミフル ・ リレンザ ・ その他()]
 投与開始日 年 月 日(予防投与・治療投与) 投与終了日 年 月 日

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ください。

注3)結果報告については、別途送付する「病原体検査結果票」により行います。

帳票
No. 1

手 書 き 用

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	氏名											性別	☐ 男 ☐ 女	連絡先 (電話番号)				
	住所											生年月日(年齢)			年	月	日	(歳 カ月)
	職業等(☐ 職場 ☐ 学校名)											保護者氏名						

[主治医等記載欄]

医療機関等名																	
主治医等医師名 (記載者)																	
診断名															☐ 分離株有		
発病日	2	0	2		年		月		日	入院・ 外来の別	入院 ・ 外来						
採取日	2	0	2		年		月		日	送付日	年 月 日						
検 査 材 料	材料の種類	☐ 鼻腔・鼻咽頭ぬぐい液(鼻汁) ☐ 喀痰 ☐ 唾液 ☐ 咽頭ぬぐい液(うがい液) ☐ 気管吸引液 ☐ 髄液 ☐ 尿 ☐ ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ☐ 皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ☐ 血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[]) ☐ その他[]															
	臨床症 状・ 徴候等	☐ 無症状 ☐ 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ☐ 発熱(最高 [] °C) ☐ 角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ☐ 関節痛、筋肉痛 ☐ 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ☐ 口内炎、上気道炎、下気道炎(肺炎、気管支炎) ☐ 黄疸 ☐ 肝機能障害 ☐ 発しん(水疱、丘しん、紅斑、バラしん)、出血傾向 ☐ 腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ☐ ショック症状(低血圧、循環不全) ☐ 尿路生殖器症状 ☐ 髄膜炎、脳炎、脳症、脊髄炎、意識障害、麻痺(部位), その他: ☐ リンパ節腫脹(部位:) ☐ 浮腫(部位:) ☐ その他の症状[]															
		基礎疾患															
		転 帰	経過観察中、軽快、治癒、死亡 (原因)														
		主治医等から衛生研究所への連絡事項															

迅速診断キットの結果:[インフルエンザ(― ・ A型 ・ B型) ・ SARS-CoV-2(― ・ +) ・ その他:]
抗ウイルス薬投与[無 ・ 有: タミフル ・ リレンザ ・ その他()]
投与開始日 年 月 日 (予防投与 ・ 治療投与) 投与終了日 年 月 日

[保健所等記載欄](主治医記載可)

発生の状況	☐ 散発 ☐ 地域流行 ☐ 家族内発生 ☐ 集団発生 集団発生に☑を付けた場合は、以下に○を付けてください。 (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、 福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、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	ワクチン名	最近の接種年月日 年 月 日	

[地方衛生研究所記載欄]

記載者名			判定年月日		
抗体検出	方法:		結果:		
病 原 体 検 出	方 法	・分離培養 (培養細胞、人工培地、その他[])			
		・遺伝子検出(PCR、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[])			
	検出病原体 (群、型、亜型)	・その他[]			

[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ください。
注3)結果報告については、別途送付する「病原体検査結果票」により行います。

「別記様式2_病原体検査票_1 全般用」作成に関する注意事項

※ 「手書き用」と「PC用」は同じ内容です。ただし、「手書き用」の一部の欄には、区切り線が入っています。

★ 共通事項

- ・ 枠線のある部分は、基本的にスキャン対象です（一部スキャンしない項目もあります）。**枠の大きさ・位置は変更しない**ようにお願いいたします。
- ・ 「生年月日」欄は、西暦記載と和暦記載のどちらでもかまいませんが、**和暦の年号はアルファベツ上**で記載をお願いいたします。（例：2021年1月1日、R3年1月1日）
- ・ 医療機関において分離された菌株を提出いただく場合は、「診断名」欄の横の「分離株有」のチェックボックスに✓を入れてください。

★ 印刷したものに手書きされる場合

- ・ 「手書き用」シートをご使用ください。
- ・ 印刷される前に「医療機関等名」については予め入力いただくと便利です。
- ・ 「氏名」等の**文字区切りがある欄は、基本的に1マス1文字**をお願いいたします。ただし、文字数の多い氏名の場合等は、文字区切りを無視して記入していただいてもかまいません。あるいは、手書きされる場合であっても、「PC用」を使用していただいてもかまいません。

★ PCで入力される場合

- ・ 「PC用」シートをご使用ください。
- ・ 初めにこのファイルを別名をつけて保存してください。
- ・ 複数症例の病原体検査票を作成される場合は、「PC用」シートを複製してください。
- ・ チェックボックスは「✓」でなくても、何らかの記載があれば「チェック有」と認識されます。「✓」以外の文字（「/」や「*」等）を入力していただいてもかまいません。

● 病原体検査票の様式の使い分けに関するお願い

病原体検査票は、検査目的に応じて下記のとおり2種類の様式を用意しています。

帳票No.1：全般用 【このファイルです】

帳票No.2：ARI用（※）

※ ARI用の様式は、急性呼吸器感染症（ARI）病原体サーベイランスのために用意しております。ARI病原体定点以外の医療機関等は、全般用の様式を用いていただきますよう、お願い申し上げます。

病原体検査票の様式は、下記のURLからダウンロード可能です。

<http://www.pref.toyama.jp/1279/kurashi/kenkou/kenkou/1279/inspection/inspection4/inspection4-1.html>

検査目的に応じた病原体検査票の様式の使い分けにご協力いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

なお、病原体検査票に関するご質問等ございましたら、下記までお問い合わせください。

富山県衛生研究所ウイルス部(担当:佐賀) TEL:0766-56-8143【直通】