

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	山 田 花 子	性別	☐ 男 ☒ 女	連絡先 (電話番号)	XXXX-XX-XXXX
	住所	黒部市●●X-X	生年月日(年齢)	1 9 6 3 年 1 0 月 1 0 日 (6 2 歳 0 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	●●病院
主治医等医師名 (記載者)	ト ヤ マ ケ ン
診断名	つつが虫病疑い ☐ 分離株有
発病日	2 0 2 5 年 1 0 月 2 0 日 入院・ 外来の別 ☒ 入院 ☐ 外来
採取日	2 0 2 5 年 1 0 月 2 3 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[EDTA]) ☐ その他[])
臨床的 事項	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 3 9 0 °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 :) ☐ その他の症状[]
基礎疾患	なし
転 帰	経過観察中、軽快、

[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、宿舎・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
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	・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[]) ・その他[]
	検出病原体 (群、型、亜型)

[その他特記事項]

野外活動歴: 畑仕事に従事 家の周りでネズミは見ないとのこと

【記入に際しての注意事項】

- ・枠線のある部分は、基本的にスキャン対象のため、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ットで記載をお願いいたします。
- ・青字部分(医療機関等名)は、予め入力してから印刷いただくと便利です。
- ・「患者氏名」等の文字区切りがある欄は、基本的に1マス1文字でお願いします。ただし、文字数が多くて書ききれない場合は、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。

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