

急性呼吸器感染症病原体検査票

(※ 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症を除く)

患者	患者識別情報 (氏名、カルテ番号等)									
	性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳	ヵ月	検体チューブ番号 (定点記号-西暦下2桁-No.)	-	2	-	
	住所	☐ 富山県 ()				☐ 市・町・村		☐ 県外 ()		都・道・府・県

[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		急性呼吸器感染症	
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	スワブへの迅速診断キット試薬の付着 ☐ 無 ☐ 有
検査材料	材料の種類 該当するものに ☑を、列記してある ものには○を 付けてください。	☐ 鼻腔・鼻咽頭ぬぐい液(鼻汁) ☐ 咽頭ぬぐい液(うがい液) ☐ 気管吸引液 ☐ 喀痰 ☐ 唾液 ☐ 血液(全血、血清、血漿 [抗凝固剤: ☐ 糞便(直腸ぬぐい液) ☐ 髄液 ☐ 尿 ☐ その他[]	
	臨床的 事項 (基礎疾患を除く)	☐ 無症状 ☐ 熱性けいれん ☐ 頭痛 ☐ 関節痛、筋肉痛 ☐ 口内炎 ☐ 発熱(最高 °C) ☐ 上気道炎 ☐ 下気道炎(肺炎、気管支炎) ☐ リンパ節腫脹 ☐ 唾液腺腫脹 ☐ 浮腫 ☐ 味覚障害 ☐ 嗅覚障害 ☐ 角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ☐ 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ☐ 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ☐ 出血傾向 ☐ ショック症状(低血圧、循環不全) ☐ 黄疸 ☐ 肝機能障害 ☐ 水疱 ☐ 発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ☐ 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 ☐ 髄膜炎、脳炎、脳症、脊髄炎 ☐ 意識障害 ☐ 麻痺(全身性、中枢神経系のもの) ☐ その他[]	
基礎疾患			
転 帰		☐ 経過観察中 ☐ 軽快 ☐ 治癒 ☐ 死亡(原因:)	
迅速診断 キット等の 検査結果		☐ インフルエンザ(A型、B型、 -) ☐ SARS-CoV-2(+ 、 -) ☐ RSウイルス(+ 、 -) ☐ その他[]	
治療薬の 投与状況		☐ 投与無 ☐ 投与有(予防投与、治療投与) 投与期間 年 月 日 ~ 年 月 日 薬剤名(タミフル、リレンザ、ゾフルーザ、その他 [])	
発生の状況		☐ 不明 ☐ 散発 ☐ 地域流行 ☐ 家族内発生 ☐ 集団発生(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、海外ツアー、国内ツアー、その他[])	
最近の海外渡航歴		☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(国名: 、渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日)	
ワクチン 接種歴 (当該疾患に係るもの)		・インフルエンザ ☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(接種方法[不明、経鼻、皮下]、最近の接種年月日: 年 月 日) ・SARS-CoV-2 ☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(接種回数: 回、最終接種年月日: 年 月 日) ・その他 ☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(ワクチン名: 、最終接種年月日: 年 月 日)	
衛生研究所への 連絡事項 (全自動遺伝子解析 装置の検査結果等)			

[衛生研究所記載欄]

記載者名、 判定年月日	検出 方法	・遺伝子検出(PCR、リアルタイムPCR、PCR+シーケンス、その他 []) ・その他(分離培養、抗体検出、[])
検出病原体・抗体 (群、型、亜型)		

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) 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。

[A R I 用]

帳票
No.

2

手書き用

急性呼吸器感染症病原体検査票

(※ 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症を除く)

患者	患者識別情報 (氏名、カルテ番号等)											
	性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳	ヵ月	検体チューブ番号 (定点記号-西暦下2桁-No.)	-	2	-			
	住所	☐ 富山県 ()					市・町・村	☐ 県外 ()	都・道・府・県			

[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		急性呼吸器感染症									
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	スワブへの迅速診断キット試薬の付着		☐ 無	☐ 有
検査材料	材料の種類 該当するものに ☑を、列記してある ものには○を 付けてください。	☐ 鼻腔・鼻咽頭ぬぐい液(鼻汁) ☐ 咽頭ぬぐい液(うがい液) ☐ 気管吸引液 ☐ 喀痰 ☐ 唾液 ☐ 血液(全血、血清、血漿 [抗凝固剤:]) ☐ 糞便(直腸ぬぐい液) ☐ 髄液 ☐ 尿 ☐ その他[]									
	臨床的 事項 (基礎疾患を除く)	☐ 無症状 ☐ 熱性けいれん ☐ 頭痛 ☐ 関節痛、筋肉痛 ☐ 口内炎 ☐ 発熱(最高 ℃) ☐ 上気道炎 ☐ 下気道炎(肺炎、気管支炎) ☐ リンパ節腫脹 ☐ 唾液腺腫脹 ☐ 浮腫 ☐ 味覚障害 ☐ 嗅覚障害 ☐ 角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ☐ 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ☐ 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ☐ 出血傾向 ☐ ショック症状(低血圧、循環不全) ☐ 黄疸 ☐ 肝機能障害 ☐ 水疱 ☐ 発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ☐ 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 ☐ 髄膜炎、脳炎、脳症、脊髄炎 ☐ 意識障害 ☐ 麻痺(全身性、中枢神経系のもの) ☐ その他[]									
基礎疾患											
転 帰		☐ 経過観察中 ☐ 軽快 ☐ 治癒 ☐ 死亡(原因:)									
迅速診断 キット等の 検査結果		☐ インフルエンザ(A型、B型、 -) ☐ SARS-CoV-2(+、-) ☐ RSウイルス(+、-) ☐ その他[]									
治療薬の 投与状況		☐ 投与無 ☐ 投与有(予防投与、治療投与) 投与期間 年 月 日 ~ 年 月 日 薬剤名(タミフル、リレンザ、ゾフルーザ、その他 [])									
発生の状況		☐ 不明 ☐ 散発 ☐ 地域流行 ☐ 家族内発生 ☐ 集団発生(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、海外ツアー、国内ツアー、その他[])									
最近の海外渡航歴		☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(国名: 、渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日)									
ワクチン 接種歴 (当該疾患に係るもの)		・インフルエンザ ☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(接種方法[不明、経鼻、皮下]、最近の接種年月日: 年 月 日) ・SARS-CoV-2 ☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(接種回数: 回、最終接種年月日: 年 月 日) ・その他 ☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有(ワクチン名: 、最終接種年月日: 年 月 日)									
衛生研究所への 連絡事項 (全自動遺伝子解析 装置の検査結果等)											

[衛生研究所記載欄]

記載者名、 判定年月日	検出 方法	・遺伝子検出(PCR、リアルタイムPCR、PCR+シーケンス、その他 []) ・その他(分離培養、抗体検出、[])
検出病原体・抗体 (群、型、亜型)		

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) 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。

[A R I 用]

帳票
No.

2

P

C

用

-

/

「別記様式2-2_病原体検査票(急性呼吸器感染症用)」 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。
- ・ **検体チューブ番号は、検体にラベルを貼付する機関（医療機関、厚生センター等）が記載**してください。検体に貼付するためのラベルは、急性呼吸器感染症定点および採取年次毎に用意し、配布いたします。

★ 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。
- ・ 「患者識別情報」等の**文字区切りがある欄は、基本的に1マス1文字**でお願いいたします。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。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

帳票No.2：ARI用（※）【このファイルです】

※ 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。

※ ARI病原体定点の医療機関において、ARI用の様式をARI病原体サーベイランス以外の目的に用いていただいてもかまいません。ただし、その場合は追加情報（患者の連絡先等）の提供をお願いすることがございます。

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】