

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)

記載例
(ARIサーベイランス用)

患者	患者識別情報 (氏名、カルテ番号等)		A	B	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	性別	☒ 男 ☐ 女	年齢	4	歳	10	ヵ月	検体チューブ番号 (定点記号-西暦下2桁-No.)			NK	-	2	5	777
	住所	☒ 富山県 (ニ ュ ウ ゼ ン 市 町) ☐ 県外 (都・道 府・県)													

[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	急性呼吸器感染症					
発病日	2 0 2 5 年 1 2 月 3 日			入院・外来の別	☐ 入院 ☒ 外来	
採取日	2 0 2 5 年 1 2 月 4 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	☒ 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	☐ 無症状 ☐ 熱性けいれん ☒ 頭痛 ☒ 関節痛、筋肉痛 ☐ 口内炎 ☒ 発熱(最高 3 8 . 2 ℃) ☒ 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	な し					
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 2025年 12月 4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、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	・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: 2025年 11月 25日) ・SARS-CoV-2 ☐ 不明 ☒ 無 ☐ 有(接種回数: 回、最終接種年月日: 年 月 日) (当該疾患に係るもの) ・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	兄もインフルエンザA陽性(12/2発症)					
【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。 ・ 検体チューブ番号は、検体にラベルを貼付する機関(医療機関または厚生センター等)が記載 してください。 ・青字部分(医療機関名等)は、予め入力してから印刷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。						
記載者名、 判定年月日						
検出病原体・抗 (群、型、亜型)						
注1) 主治医記載欄						
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] No. 2 手 書 き 用					