

_____ - _____

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	ヵ月	検体チューブ番号 (定記号-西暦下2桁-No.)	- 2 -			
	住所	<input type="checkbox"/> 富山県 (_____)				<input type="checkbox"/> 市・町 _____ 村)		<input type="checkbox"/> 県外 (_____)		

[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 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
検査材料	材料の種類								
	<input type="checkbox"/> 鼻腔・鼻咽頭ぬぐい液(鼻汁) <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液(うがい液) <input type="checkbox"/> 気管吸引液 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 血液(全血、血清、血漿 [抗凝固剤: _____]) <input type="checkbox"/> 糞便(直腸ぬぐい液) <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> その他[_____]								
臨床的事項	臨床症状・徴候等								
	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛、筋肉痛 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 発熱(最高 _____ °C) <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 下気道炎(肺炎、気管支炎) <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 角膜炎、結膜炎、角結膜炎 <input type="checkbox"/> 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) <input type="checkbox"/> 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) <input type="checkbox"/> 出血傾向 <input type="checkbox"/> ショック症状(低血圧、循環不全) <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) <input type="checkbox"/> 腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状 <input type="checkbox"/> 髄膜炎、脳炎、脳症、脊髄炎 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺(全身性、中枢神経系のもの) <input type="checkbox"/> その他[_____]								
基礎疾患									
転帰 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡(原因: _____)									
迅速診断キット等の検査結果 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型、B型、-) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2(+、-) <input type="checkbox"/> RSウイルス(+、-) <input type="checkbox"/> その他[_____]									
治療薬の投与状況 <input type="checkbox"/> 投与無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(接種回数: _____ 回、最終接種年月日: _____ 年 月 日) ・その他 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。