

(別紙2(表))

1類～5類感染症・病原体検査依頼(結果)票

| | | | | |
|----|--------------|-----------|---------------------|-----------|
| 患者 | 識別番号 又は氏名 | | 性別 | (男 ・ 女) |
| | 年齢 | (歳 月 日) | ※1ヶ月未満は日齢を記入してください。 | |
| | 住所(市町名) | | | |

[主治医等記載欄]

| | | | |
|---|--|---|---|
| 医療機関等名及び 主治医等医師名 (記載者) | | | |
| 検体送付日 | | 年 月 日 | 分離株(無 , 有 , 検査中) |
| 感染症法に基づく 診断名 | | | |
| 発病日 | | 年 月 日 | |
| 検査 材料 | 採取日 | 年 月 日 | |
| | 材料の種類 <small>[該当するもの一つを ○で囲んで下さい]</small> | ・ふん便(腸内容物, 直腸ぬぐい液) ・喀痰 ・気管吸引液 ・咽頭ぬぐい液(うがい液, 鼻汁) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物, 眼脂) ・細胞診, 生検, 剖検材料(臓器 ・血液(全血, 血清, 血漿, 抗凝固剤 ・その他[| ・髄液 ・尿 ・吐物 ・穿刺液(腹水, 胸水, 関節液, その他) ・皮膚病巣(水疱内容, 痂皮, 創傷) ・陰部尿道頸管擦過物/分泌物))) |
| 臨床 的 事 項 | 臨床症状・ 徴候等 <small>[該当するもの全てを○ で囲んで下さい]</small> (基礎疾患を除く) | ・無症状 ・頭痛 ・発熱(最高 ℃) ・熱性けいれん・関節痛(関節炎), 筋肉痛 ・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎/痛, 扁桃炎) ・下気道炎(肺炎, 気管支炎) ・水疱 ・発疹(丘疹, 紅斑, パラ疹) ・出血傾向※全身性のもの ・リンパ節腫脹(部位), 浮腫(部位), 唾液腺腫張 ・ショック症状(低血圧, 循環不全) ・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) | ・胃腸炎(下痢, 血便, 嘔気, 嘔吐, 腹痛) ・角膜炎, 結膜炎, 角結膜炎 ・髄膜炎, 意識障害, 麻痺(部位) ・中枢神経系障害(脳炎, 脳症, 脊髄炎, その他) ・循環器障害(心筋炎, 心膜炎, 心不全) ・黄疸 ・肝機能障害 ・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(膀胱炎, 尿道炎, 外陰炎, 頸管炎) |
| | 基礎疾患 | | |
| 転 帰 | 経過観察中, 軽快, 治癒, 後遺症有り, 死亡(原因) | | |
| 【主治医等から三重県保健環境研究所への連絡事項】※抗菌薬・抗ウイルス薬の投薬歴がある場合はご記入ください。 | | | |

(別紙2(裏))

[保健所等記載欄] (主治医記載可)

| | | | |
|----------|--|---------|-------|
| 発生の状況 | ・散発 ・地域流行 ・家庭内発生 (無 , 有) ・集団発生 (無 , 有) ・発生市町 () 有の場合 (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(介護施設含む), 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 | 国名 | | |
| | 期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |
| ワクチン接種歴 | (無 ・ 有 ・ 不明) | | 接種年月日 |
| | ワクチン名 | | |
| 入院 | 有 ・ 無 | 服薬等の履歴 | 有 ・ 無 |

[三重県保健環境研究所記載欄]

| | | | |
|--------|---|--|--|
| 記載者名 | | | |
| 抗体検出方法 | (蛍光, IP, ELISA, CF, HI, PA, 中和, イムノブロット, ゲル内沈降, 凝集反応, その他 _____) | | |
| 結果 | () | | |
| 病原体検出 | 検出年月日 | 年 月 日 | |
| | 検出方法 | ・分離培養 (培養細胞:細胞名 []) [陽性となった方法を ○で囲んで下さい] 人工培地, 発育鶏卵, 動物, その他 _____) | |
| | | ・抗原検出等(蛍光, EIA, RPHA, LA, PA, IC, その他 _____) | |
| | | ・遺伝子検出 1.非増幅 (ハイブリ, PAGE, その他 _____) 2.増幅(PCR, リアルタイムハイブリ, PCR+シーケンス, LAMP, その他 _____) | |
| | | ・電顕 ・鏡検 | |
| | 検出病原体 (群, 型, 亜型) | | |

[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) 2類, 3類感染症について医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は, 可能な範囲で三重県保健環境研究所への分離株の送付をお願いします。