

別記様式1

保健所コード 西 暦 I D 衛研受付番号 病原体定点コード  
 □□□□□□□□ □□□□ □□□-□□□□ □□□□□□ □□□□

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	性 別	( 男 . 女 )
	年 齢	( 歳 カ月 )

[主治医等記載欄]

定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。  
 インフルエンザ定点 ・ 小児科定点 ・ 眼科定点  
 性感染症定点 ・ 基幹定点

医療機関等名及び 主治医等医師名		検体識別記号等	
検体送付日		年 月 日 分離株 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 検 査 中 )	
診 断 名			
発 病 日		年 月 日	
検 査 材 料	採取年月日	年 月 日	
	材 料 の 種 類 該当する□にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> ふん便 ( <input type="checkbox"/> 腸内容物 ・ <input type="checkbox"/> 直腸ぬぐい液 ) <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 吐物 <input type="checkbox"/> 喀痰 ・ <input type="checkbox"/> 気管吸引液 <input type="checkbox"/> 穿刺液 ( <input type="checkbox"/> 腹水 ・ <input type="checkbox"/> 胸水 ・ <input type="checkbox"/> 関節液 ・ <input type="checkbox"/> その他 [    ] ) <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液 ・ <input type="checkbox"/> うがい液 ・ <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 皮膚病巣 ( <input type="checkbox"/> 水疱内容 ・ <input type="checkbox"/> 痂皮 ・ <input type="checkbox"/> 創傷 ) <input type="checkbox"/> 結膜ぬぐい液 ・ <input type="checkbox"/> 結膜擦過物 ・ <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> 陰部尿道頸管擦過物 ・ 分泌物 <input type="checkbox"/> 血液 ( <input type="checkbox"/> 全血 ・ <input type="checkbox"/> 血清 ・ <input type="checkbox"/> 血漿 ) <input type="checkbox"/> 細胞診 ・ <input type="checkbox"/> 生検材料 ・ <input type="checkbox"/> 剖検材料 ( 臓器 :    ) ( 抗凝固剤 :    ) <input type="checkbox"/> その他 (    )	
臨 床 的 事 項	臨 床 症 状 ・ 徴 候 等 該当するものすべての□にチェックを入れてください (基礎疾患を除く)	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 ( <input type="checkbox"/> 下痢 ・ <input type="checkbox"/> 血便 ・ <input type="checkbox"/> 嘔気 ・ <input type="checkbox"/> 嘔吐 ・ <input type="checkbox"/> 腹痛 ) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱 ( 最高体温 :    °C ) <input type="checkbox"/> 角膜炎 ・ <input type="checkbox"/> 結膜炎 ・ <input type="checkbox"/> 角結膜炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 関節痛 ( <input type="checkbox"/> 関節炎 ) ・ <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 ・ <input type="checkbox"/> 意識障害 ・ <input type="checkbox"/> 麻痺 ( 部位 :    ) <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎 ( <input type="checkbox"/> 咽頭炎 ( 痛 ) ・ <input type="checkbox"/> 気扁桃炎 ) <input type="checkbox"/> 中枢神経系症状 ( <input type="checkbox"/> 脳炎 ・ <input type="checkbox"/> 脳症 ・ <input type="checkbox"/> 脊髄炎 ) <input type="checkbox"/> 下気道炎 ( <input type="checkbox"/> 肺炎 ・ <input type="checkbox"/> 気管支炎 ) <input type="checkbox"/> その他 [    ] ) <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 発疹 ( <input type="checkbox"/> 丘疹 ・ <input type="checkbox"/> 紅斑 ・ <input type="checkbox"/> バラ疹 ) <input type="checkbox"/> 循環器障害 ( <input type="checkbox"/> 心筋炎 ・ <input type="checkbox"/> 心膜炎 ・ <input type="checkbox"/> 心不全 ) <input type="checkbox"/> 出血傾向※全身性のもの <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 ( 腫脹部位 :    ) ・ <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 ( <input type="checkbox"/> HUS ・ <input type="checkbox"/> 血尿 ・ <input type="checkbox"/> 乏尿 ) <input type="checkbox"/> 浮腫 ( 部位 :    ) <input type="checkbox"/> 蛋白尿 ・ <input type="checkbox"/> 多尿 ・ <input type="checkbox"/> 腎不全 ) <input type="checkbox"/> ショック症状 ( <input type="checkbox"/> 低血圧 ・ <input type="checkbox"/> 循環不全 ) <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状 ( <input type="checkbox"/> 膀胱炎 ・ <input type="checkbox"/> 尿道炎 ・ <input type="checkbox"/> 外陰炎 ) <input type="checkbox"/> その他の症状 ( 上記以外の症状や臨床徴候 ) <input type="checkbox"/> 頸管炎 [    ]	
		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"/> 後遺症有り ・ <input type="checkbox"/> 死亡 ( 原因    )		

主治医等からの埼玉県衛生研究所への連絡事項

\*インフルエンザ迅速キット使用 ( 無 有 : メーカー名 [    ] : 陰性 陽性 保留 )  
 \*抗インフルエンザ薬投与 ( 無 有 : 薬剤名 [    ] )  
 投与開始日 年 月 日 [ 予防投与 治癒投与 ]

[主治医・保健所等記載欄]

発生の状況	<input type="checkbox"/> 散発・ <input type="checkbox"/> 地域流行・ <input type="checkbox"/> 家族内発生（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）・ <input type="checkbox"/> 集団発生（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 発生市区町村（ ） （集団発生の場所： <input type="checkbox"/> 保育所・ <input type="checkbox"/> 幼稚園・ <input type="checkbox"/> 小学校・ <input type="checkbox"/> 中学校・ <input type="checkbox"/> 高校・ <input type="checkbox"/> 大学・ <input type="checkbox"/> 宿舎、寮・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 老人ホーム〔介護施設を含む〕・ <input type="checkbox"/> 福祉、養護施設・ <input type="checkbox"/> 旅館、ホテル・ <input type="checkbox"/> 飲食店 ・ <input type="checkbox"/> 事業所・ <input type="checkbox"/> 海外ツアー・ <input type="checkbox"/> 国内ツアー・ <input type="checkbox"/> その他〔 〕）	
最近の海外渡航歴	有 無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（国名： ）
	期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
ワクチン接種歴 （当該疾患に係るもの）	（無、有、不明） ワクチン名 最近の接種年月日 年 月 日 （Lot No. ）	

\*医療機関（民間検査所含む）で病原体を分離した場合は衛生研究所への分離株の送付をお願いします

[埼玉県衛生研究所記載欄]

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	令和 年 月 日
	検出方法 〔陽性となった方法を ○で囲んで下さい〕	・分離培養（培養細胞：細胞名〔下記のとおり 人工培地、発育鶏卵、動物、その他 ） ・抗原検出（蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC〔イムノクロマト〕、凝集反応、その他 ） ・遺伝子検出 （1. 非増幅〔ハイブリ、PAGE、その他 〕 2. 増幅〔PCR、PCR+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]

--