

(別紙1)

平成 年 月 日

横須賀市保健所 あて

ジカウイルス感染症疑い患者に係る情報

	患者の情報
居住地(〇〇市・区・町在住)	
国 籍	
性 別	
年 齢	
滞 在 国	
滞 在 期 間	
蚊 の 刺 咬 歴	
帰 国 日	
発 症 日	
症状の推移	
受 診 日	
女性の場合妊娠の有無	
性行為歴、コンドーム使用の有無	
黄熱ワクチン接種歴	
日本脳炎ワクチン接種歴	
鑑 別 疾 患	

医療機関名 _____

担 当 医 _____

連絡担当者 _____

電 話 _____

ファクシミリ送付先：横須賀市保健所健康づくり課 046-822-4874