

(別紙2)

平成 年 月 日

横須賀市保健所 へ

国内感染を疑うジカウイルス感染症疑い患者に係る情報

	患者の情報	患者周囲での流行地域への 渡航歴がある者の情報
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		

※患者が国内で蚊の刺咬による感染を疑う場合、推定感染地及び日時を記載

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