

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)

機 関 名 _____

検査機関受付番号 No. _____

担当者(主治医) _____

検 体 番 号 No. _____

患者	氏名 _____ 男・女 _____ 年 月 日生(歳)
	住所(町名まで) _____ 市・町 _____

医療機関*	
・インフルエンザ定点	・小児科定点
・眼科定点	・基幹定点 ・その他

材料送付日	平成 年 月 日
検査材料	採 取 日 平成 年 月 日
	材料の種類* ふん便、咽頭うがい液、鼻咽頭口腔ぬぐい液(鼻腔、咽頭、口腔)、結膜ぬぐい液、髄液、 皮膚病巣、尿、血液、陰部尿道頸管擦過(分泌物)、 菌株(菌種名: _____ 血清型等: _____ 検査材料: _____) 穿刺吸引物(部位: _____)、生・剖検材料(臓器: _____) その他(_____)

臨床報告	発 病 日	平成 年 月 日
	疫学的事項*	散発、集団発生(幼稚園、保育所、育児所、学校、宿舎、家庭内、地域)、地域流行 その他(_____)
	最近の海外渡航歴	国名 _____ 期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日
	ワクチン接種歴	ワクチン接種歴(ワクチン名 _____) 接種年月日 平成 年 月 日
	臨床診断名	細菌検査 : (_____) ウイルス検査*: インフルエンザ(簡易検査 A・B)、咽頭結膜熱、ヘルパンギーナ、手足口病、 麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、 急性脳炎(日本脳炎を除く)、無菌性髄膜炎、感染性胃腸炎 その他(_____)
臨床症状・ 徴候等*	無症状、発熱(最高 _____ °C)、水疱、発疹、口内炎、関節痛、筋肉痛、上気道炎、 下気道炎(肺炎を含む)、胃腸炎、肝炎、腎炎、循環器障害、角膜炎、結膜炎、髄膜炎、脳炎、麻痺、 尿路生殖器症状、リンパ節腫脹、唾液腺腫脹、出血傾向、先天性疾患、頭痛、熱性けいれん その他(_____)	

連絡事項	インフルエンザ服薬歴 無・有 (平成 年 月 日から薬剤(_____)・不明)
------	---

検査結果	報 告 日	平成 年 月 日
	検 査 方 法*	遺伝子増幅 (リアルタイムPCR、PCR、PCR+シーケンス、その他(_____)) 分離培養 (培養細胞: _____)、その他(_____)
	病 原 体	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> インフルエンザウイルス* 【AH1pdm09、AH3、B(_____ 系統)、その他(_____)】 <input type="checkbox"/> 陰 性*
別 紙*	有・無	

*印の事項は、該当表記に○をする。