

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	年 月 日
採取日	年 月 日
検査材料	材料の種類* 糞便、ぬぐい液（うがい液、鼻汁、鼻腔、咽頭、結膜）、髄液、皮膚病巣、尿、 血液（全血、血清、血漿）、穿刺液、生・剖検材料（臓器： _____） 菌株（菌種名： _____ 血液型等： _____ 検査材料： _____） その他（ _____）

臨床報告	発病日	年 月 日
	疫学的事項*	散発、地域流行、家族内発生、集団発生（幼稚園、保育所、育児所、学校、宿舎、 介護施設、福祉施設、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	ワクチン名 _____ 接種年月日 _____ 年 月 日
	臨床診断名*	細菌： ( _____ ) ウィルス*：インフルエンザ（簡易検査A・B）、流行性角結膜炎 その他 ( _____ )
臨床症状・ 徴候等	無症状、発熱（最高 _____ ℃）、頭痛、熱性けいれん、関節痛、筋肉痛、口内炎、上気道炎、 下気道炎（肺炎を含む）、水疱、発疹、出血傾向、リンパ節腫脹、唾液腺腫脹、意識障害、 髄膜炎、麻痺、脳炎、ショック症状、胃腸炎（下痢、嘔気、嘔吐、血便、腹痛）、角膜炎、 結膜炎、循環器障害、肝機能障害、腎機能障害、その他 ( _____ )	

抗インフルエンザ 薬投薬状況	抗インフルエンザ薬投与 無 ・ 有（予防投与・治療投与）、薬剤名（ _____） 投与開始日 _____ 年 月 日 投与終了日 _____ 年 月 日
-------------------	---

連絡事項	
------	--

検査結果	報告日	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	
	別 紙*	有 ・ 無

\*印の事項は、該当表記に○をする。

(1) 横須賀市保健所