

医療機関名： 依頼者： FAX 番号： e-mail：		患者 ID： 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢： 歳
検査希望項目 <input type="checkbox"/> ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 抗体検査		発病日 (MM/DD/YYYY) _____ / _____ / _____ 臨床診断名； _____
検査対象項目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> デング熱 <input type="checkbox"/> 黄熱 <input type="checkbox"/> ウエストナイル熱・脳炎 <input type="checkbox"/> チクングニヤ熱 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		外注検査依頼 (感染症) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検体の由来 <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> 動物
検体採取日 ____年 ____月 ____日 採血日体温 _____℃	検体の種類 <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 唾液	検査データ(病初期、現在) ____月 ____日 ____月 ____日
検体情報 (採取日) 複数検体の場合 <input type="checkbox"/> 急性期 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 回復期 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S3 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S4 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S5 ____月 ____日	予防接種歴 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 有 (____年) <input type="checkbox"/> 無 黄熱 <input type="checkbox"/> 有 (____年) <input type="checkbox"/> 無 その他； _____	<ul style="list-style-type: none"> • RBC _____ • WBC _____ • platelet _____ • CRP _____ • GOT(AST) _____ • GPT(ALT) _____ • 髄液細胞数 _____
症状・徴候		
1. 発熱 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 体温 (_____℃) 発熱日 (____月 ____日) 持続期間 (____日) <input type="checkbox"/> 発熱中 <input type="checkbox"/> 解熱日 (____月 ____日) 2. 皮膚・関節症状 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 出血斑 <input type="checkbox"/> 水泡疹 <input type="checkbox"/> 紅斑 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 3. 消化器症状 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 悪心 4. 中枢神経症状 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 髄膜炎症状 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 昏睡状態 (レベル _____) 5. 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 肺炎症状 6. その他の症状 <input type="checkbox"/> 後眼窩痛 _____ _____ _____		旅行歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (渡航先；国名 _____) 旅行行程 (国名：都市・地域名) ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： 其他特記すべき旅行中のエピソード _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 動物との接触があった。 <input type="checkbox"/> 蚊に刺された。 <input type="checkbox"/> ダニ・ノミに刺された。 <input type="checkbox"/> なにか分からないが虫に刺された。 居住地 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 海外 (国名 _____)

調査票

年 月 日

医療機関名
住所 連絡先(電話/FAX/E-mail)
医師名(担当科)
診断名
菌株の場合 (菌分離年月日及び検体名)
臨床検体の場合 (検体採取日及び検体名)
患者年齢・性別
推定感染源及び地域
基礎疾患ほか
検査所見(データ等経過のわかるものがあれば添付をお願いします。)
患者経過、転帰
投与薬剤(名称、投与年月日等)

菌株送付票

医療機関のある自治体名:
患者年齢・性別
検体採取月日
検体の検出部位

検体採取月日	月	日	月	日	月	日
検体の検出部位						
菌株番号						
Lancefield群別 (キット名)		群 ()				
A群、B群の場合 (血清型)						
A群、G群の場合 (emm/EMM)						
発赤毒素型 (検査法)						
担当地研名 (担当者名)						

連絡先

池辺忠義

〒162-8640

東京都新宿区戸山1-23-1

国立感染症研究所細菌第一部内

TEL 03-5285-1111

FAX 03-5285-1163

E-mail tdikebe@nih.go.jp

(菌株提供時)

腸管出血性大腸菌送付書

(感染研記入欄)

感染研 No.	
受付日	年 月 日

(菌株送付機関記入欄)

送付機関名	
送付機関菌株番号	
年齢・性別	歳； 男 ・ 女
患者住所 (市または町相当まで)	
疾患名	
患者、保菌者	患者、 保菌者、 二次感染者
集発、散発	集発・施設名 ()、 散発
症状	腹痛、嘔吐、発熱 (°C)、下痢、血便、無症状、 その他
	HUS (有・無)
発症年月日	年 月 日 - 年 月 日
菌検出年月日	年 月 日
菌検出材料	血便、軟便、水様便、固形便、
	その他 ()
血清型	O : H (運動性； 有・無)
ベロ毒素型	VT1, VT2, VT1 +VT2
	PCR 法, RPLA 法, イムノクロマト法(キット名；)、その他
生化学性状	ソルビット (), グルクロニダーゼ ()
推定原因食品	

備考：

薬剤耐性菌調査票

(菌株提供時)

年 月 日

分離菌株名	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 ・ バンコマイシン耐性腸球菌 ・ 薬剤耐性アシネトバクター ・ 薬剤耐性腸内細菌科細菌 (CRE)感染症		
医療機関名			
医療機関の住所			
担当医師・担当者名			
連絡先(電話/FAX/E-mail)	電話:	Fax:	
	E-mail:		
臨床診断名			
患者年齢	歳	性別	男 ・ 女
医療機関問合わせ番号	検体採取年月日		年 月 日
基礎疾患ほか			
患者経過、転帰	転 帰 ・		
薬剤感受性情報:使用機器など			
投与薬剤	薬剤名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日

↓

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌・バンコマイシン耐性腸球菌の場合			
VCMの感受性	MIC	μg/ml	
TEICの感受性	MIC	μg/ml	
その他の抗MRSA抗菌薬の感受性	薬剤名:	MIC	μg/ml
	薬剤名:	MIC	μg/ml

↓

必須		
海外渡航歴	有 ・ 無 ・ 不明	渡航先 :
	渡航時期 :	

*** 薬剤感受性結果を同時にご提出ください。**

(検査所見・データ等経過のわかるものがあれば添付をお願いします)