麻しん（疑い）患者検査依頼書

送付年月日：　　年　　月　　日

医療機関名	医師名
医療機関所在地	
ＴＥＬ	ＦＡＸ

患者氏名	性別 □ 男　□ 女	生年月日 年　月　日生 （　歳）
現住所	国籍	主な居住地
職業		
発病年月日 年　月　日	初診年月日 年　月　日	入院：□あり　□なし 入院日：　年　月　日

前医
□あり（医療機関名：　　）　□なし

症状
□発熱（　　℃）　□咳　□鼻汁　□結膜充血　□眼脂　□コプリック斑　□発疹
□肺炎　□中耳炎　□腸炎　□クループ　□脳炎　□その他（　　）

基礎疾患　□あり（疾患名：　　）　□なし

転帰　□経過観察中　□軽快　□治癒　□後遺症有り　□死亡（原因　　）

感染原因・感染経路（　確定　・　推定　）
□接触した麻しん患者（患者との関係　　年齢　　歳）　□不明

感染地域（　確定　・　推定　）
□日本国内（　　都道府県　　市区町村）
□国外（　　国）詳細地域（　　）

麻しん含有ワクチン接種歴
１回目　□有（　　歳）　□無　□不明
２回目　□有（　　歳）　□無　□不明

検体採取日時 年　月　日　午前／午後　時	検体種別 □咽頭ぬぐい液　□血液 □尿　□その他（　　）

検査機関で既に検査している場合
検体　□咽頭ぬぐい液　□血液　□尿　□その他（　　）
検査結果　□血清ＩｇＭ抗体の検出　□ペア血清での抗体の検出（抗体陽転・抗体価の有意上昇）
□その他（　　）

備考