

【感染症発生動向調査事業 病原体定点検査票(インフルエンザ病原体定点を除く)】
各病原体定点医療機関用

責任者印

【医療機関主治医等記載欄】*すべての項目に記載をお願いします。記載がない場合、検査ができないことがあります。

医療機関等名	該当するものに☑してください			
主治医等 医師名	<input type="checkbox"/> 小児科病原体定点 <input type="checkbox"/> 眼科病原体定点	<input type="checkbox"/> 性感染症病原体定点 <input type="checkbox"/> 基幹病原体定点		

発病日	年 月 日	検体採取日	年 月 日	検体送付日	年 月 日
-----	-------	-------	-------	-------	-------

対象感染症 (疑い含む)	(小児科病原体定点医療機関対象感染症)					
	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症		<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱		<input type="checkbox"/> A群溶連菌咽頭炎	
	<input type="checkbox"/> 水痘		<input type="checkbox"/> 手足口病		<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	
	<input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎		<input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎			
	(眼科病原体定点医療機関対象感染症)		(基幹病原体定点医療機関対象感染症)		(その他の感染症)	
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎		<input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎		<input type="checkbox"/> ロタウイルス胃腸炎	
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎		<input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎		<input type="checkbox"/> 下気道炎	
					<input type="checkbox"/> 脳炎	
					<input type="checkbox"/> 不明熱	
					<input type="checkbox"/> 不明発疹症	

患者	ID番号	イニシャル(姓・名)	住所	市・町	性別	男・女	年齢	歳	か月	入院	有・無
----	------	------------	----	-----	----	-----	----	---	----	----	-----

検査材料	<input type="checkbox"/> 髄液	<input type="checkbox"/> 穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他())	
	<input type="checkbox"/> 喀痰	<input type="checkbox"/> 咽頭拭い液(うがい液、鼻汁)	<input type="checkbox"/> 血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤())
	<input type="checkbox"/> 気管吸引液	<input type="checkbox"/> 結膜拭い液(結膜擦過物、眼脂)	<input type="checkbox"/> 皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷)
	<input type="checkbox"/> 吐物	<input type="checkbox"/> 糞便(腸内容物、直腸拭い液)	<input type="checkbox"/> 細胞診、生検、剖検材料(臓器)
	<input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 陰部尿道頸管擦過物/分泌物	<input type="checkbox"/> その他()

臨床症状・徴候等 (基礎疾患を除く)	<input type="checkbox"/> 発熱(最高 ℃)	中枢神経系	循環器系	肝腎機能系
	呼吸器系	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 心筋炎、心膜炎	<input type="checkbox"/> 肝機能障害
	<input type="checkbox"/> 上気道炎	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 黄疸
	(咽頭炎/痛、喉頭炎、扁桃炎)	<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> ショック症状	<input type="checkbox"/> 腎機能障害
	<input type="checkbox"/> 下気道炎(肺炎、気管支炎)	<input type="checkbox"/> 意識障害	(低血圧、循環不全)	(HUS、血尿、乏尿、
	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 麻痺(部位)	<input type="checkbox"/> リンパ節腫脹(部位)	蛋白尿、多尿、腎不全)
	消化器系	<input type="checkbox"/> 脳炎、脳症、脊髄炎	<input type="checkbox"/> 浮腫(部位)	<input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状
	<input type="checkbox"/> 胃腸炎	<input type="checkbox"/> その他()	その他の症状	(膀胱炎、尿道炎、
	(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛)	<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> 出血傾向*全身性のもの	外陰炎、頸管炎)
	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 水疱	<input type="checkbox"/> 関節痛(関節炎)、筋肉痛	<input type="checkbox"/> 上記以外の症状や臨床徴候
眼科系 <input type="checkbox"/> 角膜炎、結膜炎、角結膜炎	<input type="checkbox"/> 発疹(丘疹、紅斑、バラ疹)	<input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹		
		<input type="checkbox"/> 口内炎		
		<input type="checkbox"/> 無症状		

転帰	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 後遺症有り	<input type="checkbox"/> 死亡(原因)
----	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------------

発生の状況	<input type="checkbox"/> 散发	<input type="checkbox"/> 地域流行	<input type="checkbox"/> 家族内発生
	<input type="checkbox"/> 集団発生(無、有) <input type="checkbox"/> 発生市区町村()		
	保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舎・寮、病院、老人ホーム[介護施設を含む]		
	福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、国内ツアー、その他[]		

最近の海外渡航歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(国名)	(期間 年 月 日~ 年 月 日)
----------	----------------------------	---------------------------------	-------------------

当該疾患に係るワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有(ワクチン名)	(最終接種年月日 年 月 日)
----------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-----------------

主治医等からの連絡事項

1. 迅速診断キットによる診断、基礎疾患、詳細な症状、動物との接触など

2. 疑われる病原体(*病原体によっては、検査出来ない場合があります。)

3. 検体に関する問い合わせ先(責任者:) 連絡先:)

【香川県環境保健研究センター記載欄】 連絡先:087-825-0411 報告年月日 年 月 日

結果	
検査方法	<input type="checkbox"/> 抗体検出(蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他[])
	<input type="checkbox"/> 分離培養(培養細胞[細胞名]、人工培地、発育鶏卵、動物、その他())
	<input type="checkbox"/> 抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他[])
	<input type="checkbox"/> 遺伝子検出 (1 非増幅(ハイブリ、PAGE、その他[]))
	(2 増幅(PCR、リアルタイムハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[]))