

【感染症発生動向調査事業 インフルエンザ病原体検査票】
インフルエンザ病原体定点医療機関用

【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。

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						☐インフルエンザ定点																
発病日	年	月	日	検体採取日	年	月	日	検体送付日	年	月	日											
診断名	☐インフルエンザ(A型・B型・不明) ☐インフルエンザ様疾患																					
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	☐咽頭拭い液(うがい液、鼻汁) ☐その他()																					
臨床 症状・ 徴候等 (基礎 疾患を 除く)	☐発熱 (最高 ℃)	呼吸器系	☐咽頭炎	☐喉頭炎	☐扁桃炎	☐気管支炎	☐肺炎	☐その他 ()	☐下痢	☐血便	☐腹痛	☐嘔吐	☐その他 ()	中枢神経系	☐髄膜炎	☐脳炎	☐脳症	☐脊髄炎	☐その他 ()	☐熱性けいれん	☐異常言動・行動	☐意識障害
	☐頭痛	☐関節痛	☐筋肉痛	☐口内炎	☐その他の症状()																	
転帰	☐経過観察中 ☐軽快 ☐治癒 ☐後遺症有り ☐死亡(原因)																					
迅速診断キットによる 診断	☐無 ☐有 (A型・B型・陰性・判定保留) メーカー名()																					
発生の状況	☐散発 ☐地域流行 ☐家族内発生 ☐集団発生(無、有) ☐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	☐無 ☐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	☐無 ☐不明 ☐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																						
*抗インフルエンザ薬投与(無、有:薬剤名[投与開始日 年 月 日[予防投与、治療投与]) 投与終了日 年 月 日]																						
*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	☐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[] ☐電顕 ☐分離培養(培養細胞[細胞名],人工培地、発育鶏卵、動物、その他()) ☐鏡検 ☐抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他[]) ☐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[]))