

**【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[    ] )