

別記様式1第1号

保健所コード 西 暦 I D 衛研受付番号 病原体定点コード
 □□□□□□□□ □□□□ □□□-□□□□ □□□□□□ □□□□

一 類 感 染 症 、 二 類 感 染 症 、 三 類 感 染 症 、 四 類 感 染 症 、 五 類 感 染 症 (別 記 様 式 第 2 号 から 様 式 第 6 号 に 該 当 する 感 染 症 を 除 く) 、 新 型 イ ン フ ル エ ン ザ 等 感 染 症 及 び 指 定 感 染 症 検 査 票 (病 原 体)

患者	性 別	(男 ・ 女)	全数報告疾患の場合 感染症発生动向調査システム報告ID: 定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。 インフルエンザ定点・小児科定点・眼科定点・基幹定点
	年 齢	(歳 カ月)	

【主治医等記載欄】

医療機関等名及び 主治医等医師名		検体識別記号等	
検体送付日		年 月 日 分離株 (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 検 査 中)	
診 断 名		【定常調査報告分類】 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 定常調査対象外 () ※診断名を記載	
発 病 日		年 月 日	
採 取 年 月 日		年 月 日	
検査 材料	材 料 の 種 類 該当する□にチェック を入れてください	<input type="checkbox"/> ふん便 (<input type="checkbox"/> 直腸内容物 <input type="checkbox"/> 腸ぬぐい液) <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 吐物 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 気管吸引液 <input type="checkbox"/> うがい液 <input type="checkbox"/> 穿刺液 (<input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 関節液 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻腔拭い液 <input type="checkbox"/> 皮膚病巣 (<input type="checkbox"/> 水疱内容 <input type="checkbox"/> 痂皮 <input type="checkbox"/> 創傷) <input type="checkbox"/> 結膜ぬぐい液 <input type="checkbox"/> 結膜擦過物 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 生検材料 <input type="checkbox"/> 剖検材料 (臓器 :) <input type="checkbox"/> 血液 (<input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿) <input type="checkbox"/> その他 () (抗凝固剤 :)	
	臨 床 的 事 項	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 (<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱 (最高体温 : °C) <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 角結膜炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 (全身性、中枢神経性のもの) <input type="checkbox"/> 関節痛 (炎) <input type="checkbox"/> 筋肉痛 (筋炎) <input type="checkbox"/> 髄膜炎 (頸部硬直) <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 脳症 <input type="checkbox"/> 脊髄炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎 (<input type="checkbox"/> 咽頭炎 (痛) <input type="checkbox"/> 気扁桃炎) <input type="checkbox"/> 循環器障害 (<input type="checkbox"/> 心筋炎 <input type="checkbox"/> 心膜炎 <input type="checkbox"/> 心不全) <input type="checkbox"/> 下気道炎 (<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎) <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> HUS <input type="checkbox"/> 発疹 (<input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 紅斑 <input type="checkbox"/> バラ疹) <input type="checkbox"/> 腎機能障害 (<input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 乏尿 <input type="checkbox"/> 蛋白尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 腎不全) <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 出血傾向 (全身性のもの) <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹 (<input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 顎下腺炎) <input type="checkbox"/> ショック症状 (<input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 循環不全) <input type="checkbox"/> その他の症状 ()	
基 礎 疾 患			
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)	
外 来 ・ 入 院 の 別		<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	
主治医等からの埼玉県衛生研究所への連絡事項			
*インフルエンザ迅速キット使用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : メーカー名 [] : 判定結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 [<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B] <input type="checkbox"/> 保留			
*抗インフルエンザ薬投与 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 薬剤名 [] 投与開始日 年 月 日 [<input type="checkbox"/> 予防投与 <input type="checkbox"/> 治療投与) 投与終了日 年 月 日			

[主治医等記載事欄] (保健所記載可)

発生の状況	発生市区町村 ()	
	<input type="checkbox"/> 散發 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 集団発生の場所： <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 宿舎、寮 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人ホーム (介護施設を含む) <input type="checkbox"/> 福祉 (養護) 施設 <input type="checkbox"/> 旅館、ホテル <input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 海外ツアー <input type="checkbox"/> 国内ツアー <input type="checkbox"/> その他 ()	
最近の海外渡航歴	有 無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (国名：)
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
ワクチン接種歴	(無・有・不明) ワクチン名 (Lot No) 最近の接種年月日 年 月 日	

[埼玉県衛生研究所記載欄]

記 載 者 名	
抗体検出 方法	(蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他)
結果	()
検 出 年 月 日	年 月 日
検 出 方 法	・分離培養 (培養細胞：細胞名 [下記のとおり]) 人工培地、発育鶏卵、動物、その他) ・抗原検出等(蛍光、EIA、RPHA、PA、IC(イムノクロマト)、凝集反応、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PCR、PCR+シーケンス、LAMP、その他[]) ・顕鏡 ・電顕
病 原 体 検 出	
検 出 病 原 体 (群、型、亜型)	

[その他特記事項]

--

注1) 主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注2) 診断名については、該当する疾患にチェックを入れてください。「定常調査対象外」にチェックした場合は、必ず () 内に該当する診断名を記載してください。

注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係わるものにつき記載して下さい。

注4) 1類、2類、3類感染症及び4類全数把握感染症について、医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、可能な範囲内で埼玉県衛生研究所への分離株等の送付をお願いします。