

(添付3)

新型ノ鳥インフルエンザ接触者調査票

1	調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
---	----------------------------	---

2 接触者番号：	3 接触者居住地保健所：
4 接触患者発生届受理番号：	5 患者居住地保健所：

接触者詳細

6 氏名：	7 性別：
8 生年月日：MTSH 年 月 日	9 年齢：
10 住所：	
11 電話番号： 自宅： - - 携帯： - -	
12 職業(勤務先)：	
13 調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→本人との関係()	

(14~16は回答者が本人以外のときのみ)

14 回答者氏名：
15 回答者住所：
16 回答者電話番号： 自宅： - - 携帯： - -

17 同居人の状況																								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">氏名 1</td> <td style="width: 10%;">続柄</td> <td style="width: 10%;">年齢</td> <td style="width: 10%;">歳</td> <td style="width: 25%;">氏名 4</td> <td style="width: 10%;">続柄</td> <td style="width: 10%;">年齢</td> <td style="width: 10%;">歳</td> </tr> <tr> <td>氏名 2</td> <td>続柄</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td>氏名 5</td> <td>続柄</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> </tr> <tr> <td>氏名 3</td> <td>続柄</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td>氏名 6</td> <td>続柄</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> </tr> </table>	氏名 1	続柄	年齢	歳	氏名 4	続柄	年齢	歳	氏名 2	続柄	年齢	歳	氏名 5	続柄	年齢	歳	氏名 3	続柄	年齢	歳	氏名 6	続柄	年齢	歳
氏名 1	続柄	年齢	歳	氏名 4	続柄	年齢	歳																	
氏名 2	続柄	年齢	歳	氏名 5	続柄	年齢	歳																	
氏名 3	続柄	年齢	歳	氏名 6	続柄	年齢	歳																	

18 患者または鳥との接触状況(日付、場所、接触内容を記載)
19 患者または鳥との最終接触日時： 年 月 日 時ごろ
20 <input type="checkbox"/> 高危険接触者 <input type="checkbox"/> 低危険接触者 <input type="checkbox"/> 要観察例との接触
21 接触時感染防御： <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし

接触者の調査時の状態

22 体温：()℃ → 38℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
23 呼吸器症状： <input type="checkbox"/> なし：咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・低酸素症・その他() <input type="checkbox"/> あり
24 消化器症状： <input type="checkbox"/> なし：下痢・嘔吐・腹痛・その他() <input type="checkbox"/> あり
25 発熱・呼吸器症状以外の症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：頭痛・筋肉痛・関節痛・全身倦怠感 その他の症状()

検査医療機関() 電話() 主治医()
検査所見：血算(月 日)：白血球 赤血球 血小板 その他()
インフルエンザ抗原検査(月 日)：陽性(A型・B型・AB不明) ・陰性 ・未実施
胸部レントゲン(月 日)：<所見>
ウイルス分離・同定(月 日) 検体材料()：陽性(亜型) ・陰性 ・検査中
RT-PCR検査(月 日)：陽性(亜型) ・陰性 ・検査中
血清抗体価(月 日) 検査法() (亜型)：抗体価()倍 ・検査中 ・未実施

* 太枠内は必須。検査所見に関してはわかっているならば記載のこと。検査所見日付は検体採取日。

新型／鳥インフルエンザ接触者モニタリング票

接触者番号： _____ 氏名： _____
 患者／鳥との最終接触日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろ

最終接触より	日付	連絡手段	体温	予防内服	呼吸器症状	呼吸器以外の症状	確認者
0日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
1日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
2日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
3日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
4日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
5日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
6日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
7日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
8日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
9日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
10日	／		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	

連絡先： 自宅： _____ - _____
 携帯： _____ - _____

担当者名： _____