

(添付1)

新型ノルインフルエンザ症例(確定診断・疑似症・要観察例) 基本情報・臨床情報調査票

1 調査担当保健所名 :		調査者氏名 :	
2 調査日時 : 年 月 日 時		調査方法 : <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()	
3 調査回答者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名 () 本人との関係 ()			
調査回答者連絡先 : 自宅電話 : - -		携帯電話 : - -	
4 感染症発生届受理番号 :		5 患者居住地保健所 :	
6 届出医療機関名 :		7 届出医療機関主治医名 :	
8 届出医療機関所在地 :		9 届出医療機関電話番号 : - -	
10 届出受理日時 : 平成 (西暦) 年 月 日 時 分		11 届出受理自治体 : 都・道・府・県・市	
12 届出受理保健所 :		13 届出受理担当者 :	
14 患者氏名 :		15 性別 : 男・女	16 生年月日 : 年 月 日 (歳)
17 患者住所 :			
18 患者電話番号 : 自宅 : - -		携帯 : - -	
19 職業・業種・学校等 : 最終勤務・出席日 (年 月 日) (* 児童・生徒の場合所属クラス等詳細に記入すること)			
20 勤務先/学校名 :			
勤務先/学校所在地 :			
21 勤務先/学校電話番号 : - -			
22 届出受理日現在の患者所在地 : <input type="checkbox"/> 届出医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
23 連絡先電話番号 : 自宅 : - -		携帯 : - -	
24 同居者 (氏名) (続柄) (生年月日)		25 本人以外の連絡先	
① 年 月 日 (歳)		氏名 :	
② 年 月 日 (歳)		本人との関係 :	
③ 年 月 日 (歳)		住所 :	
④ 年 月 日 (歳)		自宅 : - -	
⑤ 年 月 日 (歳)		携帯 : - -	
⑥ 年 月 日 (歳)			
26 38度以上の発熱		(年 月 日)	
27 咳		(年 月 日)	
28 咽頭痛		(年 月 日)	
29 息苦しさ・呼吸困難感		(年 月 日)	
30 下痢		(年 月 日)	
31 全身倦怠感		(年 月 日)	
32 意識混濁		(年 月 日)	
33 その他 1 ()		(年 月 日)	
34 その他 2 ()		(年 月 日)	

35	発症日時： 年 月 日 時		
36	初診： 年 月 日 時 医療機関名： 電話： - - 主治医：		
37	感染推定日： 年 月 日		
38	疑われる感染源： 感染源： <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> 鳥 → (<input type="checkbox"/> 病鳥 <input type="checkbox"/> 死鳥) <input type="checkbox"/> その他 () 感染源所在地 (国名・地域名など)： 感染源の新型／鳥インフルエンザ診断状況： 接触状況： 最終接触日時： 年 月 日 時		
新型／鳥インフルエンザの発生が報告されている国・地域への立ち入りおよび滞在歴 (今後発生地域により右記地域は随時変更される)	<input type="checkbox"/>	日本国内 (地域：)	
	40	<input type="checkbox"/> インドネシア	45 発生報告地域滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	41	<input type="checkbox"/> ベトナム	
	42	<input type="checkbox"/>	46 同行者： 名
	43	<input type="checkbox"/>	47 旅行会社名： 電話番号： - -
	44	帰国日 () 帰国時の到着港 () 搭乗便、搭乗船舶 ()	48 ツアー名： ツアー期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
49	既往歴		
50	供血歴 (献血歴・症状出現前7日以内)： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 供血日： 年 月 日 供血場所：		
51	臓器移植歴 (症状出現前7日以内)： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術日： 年 月 日 医療機関：		
52	現病歴		
53	治療経過		
治療薬			
54	タミフル内服	： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬開始日： 年 月 日
55	他の抗インフルエンザ薬	： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	服薬開始日： 年 月 日
56	他の主な薬剤	： ()	
57	入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	58	入院医療機関名：
		59	主治医名：
60	入院医療機関所在地： 電話：		

インフルエンザ特異的検査結果				
抗原検査 (迅速検査)		79 <input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査未実施		検体採取日： 年 月 日 結果判定日： 年 月 日
	検体材料	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
80	RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取： 年 月 日 判定： 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
81	RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取： 年 月 日 判定： 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
82	ウイルス分離同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
83	血清抗体検査 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
84	追加・その他	採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		

* 欄は該当項目にしをつけること。

インフルエンザ以外の病原体検査結果			
アデノウイルス抗原	85	+ ・ - ・ 未実施	年 月 日
RSウイルス抗原	86	+ ・ - ・ 未実施	年 月 日
その他	87		年 月 日
	88		年 月 日