5 類定点医療機関用 病原体検査依頼票

医療機関等名 [いずれか1つを○で 囲んで下さい]	【急性呼吸器感染症(小児科・内科)・小児科・眼科・基幹・その他】	大安研記載欄 (太枠内)		
		大安研受付	年	月 日
主治医等医師名		受付員 ( )		
同意説明欄	検体採取について同意説明済 ☐ ※発生动向調査事業の趣旨をご説明いただき、 本人等の同意をとったうえで、検体採取をお願いいたします。		No.	

患者 情報	ID 等	識別可能なものを記載下さい		
	年齢	(歳 カ月)	性別	(男 ・ 女)
	住所地	市 区		
検体送付日	年 月 日	分離株(無、有、検査中)		
診断名	急性呼吸器感染症 (指定提出機関のみ)、RSウイルス、咽頭結膜熱、A群溶血性連鎖球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、 細菌性髄膜炎 (インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く)、 無菌性髄膜炎 、 その他 ( )			
発病日	年 月 日	入院・外来の別	入院 外来	
検査 材料	採取日	年 月 日		
	材料の種類 [該当するもの1つを ○で囲んで下さい]	・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・髄液 ・尿 ・吐物 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他[ ]) ・咽頭ぬぐい液(鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液、鼻汁、鼻腔吸引液) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[ ]) ・その他[ ]		
臨床 的 事 項	臨床症状・ 徴候等 [該当するものを全てを ○で囲んで下さい] (基礎疾患を除く)	・頭痛 ・発熱(最高 ℃) ・熱性けいれん ・関節痛(関節炎)、筋肉痛 ・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) ・下気道炎(肺炎、気管支炎) ・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ・出血傾向(※全身性のもの) ・リンパ節腫脹(部位)、唾液腺腫脹、 浮腫(部位) ・ショック症状(低血圧、循環不全) ・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) [ ]		
	基礎疾患			
転 帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因)			
発生の状況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生 (無、 有) ・集団発生 (無、 有) (学校(小・中・高)・幼稚園・保育園、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、その他[ ])			
最近の海外渡航歴	国名			
	期間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
ワクチン接種歴	無、不明、有：ワクチン名Lot.		最近の接種歴 年 月 日	
主治医等から大阪健康安全基盤研究所への連絡事項・全自動遺伝子解析装置等にて得られた検査結果				
*インフルエンザ迅速キット使用(無、有：メーカー名[ ]):[陰性・A型陽性・B型陽性・保留] *抗インフルエンザ薬や抗菌薬等の投与状況(不明、無、有：薬剤名[ ]) 投与開始日(月 日)[予防投与・治療投与] 投与終了日(月 日)				