

1部(5枚)ごとに下敷をしき、ボールペンでしっかり書いて下さい。

5 類定点医療機関用 病原体検査依頼票

| | | | | |
|---------|---|--------------|-----|-----|
| 医療機関等名 | 【 小児科・内科・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 <input type="checkbox"/> <small>※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。</small> | 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 | インフルエンザ (指定提出機関のみ)、RSウイルス、咽頭結膜熱、A群溶連菌咽頭炎、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 (髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ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 | 外来 入院 | | |
| 検査材料 | 採取日 | 年 月 日 | | |
| | 材料の種類 <small>[該当するもの一つを○で囲んで下さい]</small> | ・ふん便 (腸内容物、直腸ぬぐい液) ・髄液 ・尿 ・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 (うがい液、鼻汁) ・皮膚病巣 (水疱内容、痂皮、創傷) ・結膜ぬぐい液 (結膜擦過物、眼脂) ・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 <small>[該当するもの全てを○で囲んで下さい]</small> (基礎疾患を除く) | ・頭痛・発熱 (最高 °C) ・胃腸炎 (下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ・熱性けいれん・関節痛 (関節炎)、筋肉痛 ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・口内炎・上気道炎 (咽頭炎/痛、扁桃炎) ・髄膜炎、意識障害、麻痺 (部位) ・下気道炎 (肺炎、気管支炎) ・中枢神経系症状 (脊髄炎・その他) ・水疱・発疹 (丘疹、紅斑、バラ疹) ・循環器障害 (心筋炎、心膜炎、心不全) ・出血傾向 (※全身性のもの) ・黄疸 ・肝機能障害 ・リンパ節腫脹 (部位) 唾液腺腫脹 浮腫 (部位) ・腎機能障害 (HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ・ショック症状 (低血圧、循環不全) ・尿路生殖器症状 (膀胱炎、尿道炎、外陰炎、頸管炎) ・その他の症状 (上記以外の症状や臨床徴候) | | |
| | | [] | | |
| 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) | | | |
| 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・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 |
| 基礎疾患 | | | | |
| 転帰 | 経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡 (原因) | | | |
| 主治医等から大阪健康安全基盤研究所への連絡事項 | | | | |
| 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 | | | | |