

麻しん問診票

保健所では、麻しんの感染拡大防止の為、感染源の調査や接触者の方へ注意喚起を行う必要があります。つきましては、下記の情報についてご協力をいただきますようお願いいたします。ご記入いただいた情報については、調査の目的以外では使用しません。

1 (フリガナ) 患者 氏名	(男 ・ 女)
2 生年月日	(昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)
3 電話番号	(続柄)
3 同居家族の構成	
4 今回、同居家族で罹患した人	有 (患者との関係： 年齢 歳) ・ 無
5 患者の家族で未罹患・ワクチン未接種者	有 (続柄： 年齢 歳) ・ 無 ・ 不明 有 (続柄： 年齢 歳) ・ 無 ・ 不明 有 (続柄： 年齢 歳) ・ 無 ・ 不明
6 患者のワクチン接種歴	1回目 無・有 (歳) ・ 不明 2回目 無・有 (歳) ・ 不明
7 症状について	発熱 : 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日) (期間 月 日 ~ 月 日) 発疹 : 無 ・ 有 部位 *発疹発現の順番が明確な場合は、記載をお願いします (期間 月 日 ~ 月 日) 咳 : 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日) 鼻水 : 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日) 目の充血 : 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日) リンパ節腫脹 : 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日) その他の症状 : 無 ・ 有 ()
8 患者の所属情報について	所属名 (幼稚園・学校・勤務先等) 住所 最終登校 (勤務) 日 : 月 日 公共交通機関の利用 : 有 ・ 無
9 感染の機会に係わる生活状況について (症状出現の3週間前から解熱後3日後までの期間)	海外渡航歴 : 無 ・ 有 渡航先 () 期間 () 国内旅行歴 : 無 ・ 有 旅行先 () 期間 () 人が多く集まるところの利用 (イベント・コンサート・クラブ活動等) 無・有 (期間 : 内容 :)
10 保健所への問診票の提出について	私は、麻しんの感染拡大防止のために実施される調査等について理解しましたので、患者の情報提供について同意します。 本人または保護者 (患者が未成年の場合) の自署