五類感染症検査票（病原体）

医療機関検体番号	
衛生研究所検体番号	

[主治医等記載欄]

患　者	性別	（男・女）	年齢	（　歳　ヵ月）

医療機関等名及び主治医等医師名（記載者）		
診断名		
発病日		年　月　日
検査材料	採取日	年　月　日
	材料の種類［該当するものに○］	・ふん便　・咽頭ぬぐい液　・鼻咽頭ぬぐい液　・血液 ・結膜ぬぐい液　・水疱内容液　・髄液　・その他（　）
臨床的事項	臨床症状・徴候等［該当するもの全てを○で囲んで下さい］（基礎疾患を除く）	・無症状 ・頭痛　・発熱（最高　℃） ・関節痛、筋肉痛 ・口内炎、上気道炎、下気道炎（肺炎、気管支炎） ・発しん（水泡、丘しん、紅斑、バラしん）、出血傾向 ・リンパ節腫脹（部位　）、浮腫（部位　） ・ショック症状（低血圧、循環不全） ・胃腸炎（下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛） ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・髄膜炎、意識障害、麻痺（部位　）、中枢神経系症状（脳炎、脳症、脊髄炎、その他　） ・循環器障害（心筋炎、心膜炎、心不全） ・黄疸　・肝機能障害 ・腎機能障害（HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全） ・尿路生殖器症状 ・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、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）　・発生市区町村（　） 有の場合（保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舎・寮、病院、老人ホーム、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、その他［　］）
最近の海外渡航歴	国名	
	期間	年　月　日　～　年　月　日
ワクチン接種歴	ワクチン名	最近の接種年月日 年　月　日
主治医等から地方衛生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、陽性（A、B）、保留〕） ＊抗インフルエンザ薬投与（無、有：薬剤名〔　〕投与開始日　年　月　日〔予防投与、治療投与〕）		

注1）主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。
注2）ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。

[健康福祉センター（保健所）記載欄]　＊集団発生等による検査の場合は搬送年月日の余白に事例名の記入をお願いします。

所属		氏名	
搬送年月日	年　月　日		
上記検体について、病原体の検査を依頼します。			

[千葉県衛生研究所記載欄]

検査担当者名		
病原体検出	検出年月日	年　月　日
	検出方法	
	検出病原体	
上記検体についての検査結果について、報告いたします。		