

発症 非発症 健康危機(ウエストナイル熱)患者調査票 No. - -

( ) 基本情報

調査年月日	平成 年 月 日 時頃	保健所 調査者氏名			
ふりがな 氏名		性別	男・女	年齢	M・T・S・H 年 月 日生 歳
住所	Tel 携帯・連絡先				
患者属性	( )家・( )グループ・( )単発				
情報探知	年 月 日 時 分探知				保健所 受理者
主回答者	本人 代理人：本人との関係( 父 ・ 母 )				

病 名	(毒素等： )診断日 月 日 時				
診断方法	検体採取日 年 月 日	病原検査(検体 )(方法 )(型 )			
	結果判定日 年 月 日	血清学的検査(検体 )(方法 )(型 )			
	結 果( )	臨床決定 そ の 他			
検査機関	衛生研究所搬入(予定)日				
職 業 学校等	勤務先・学校等 名 (住所)		Tel		
	クラス名( )		Tel		
保護者名	保護者連絡先		Tel		
現 状	入院中 通院中 医療機関名( Tel ) 受診していない				
受診・届出医 療機関名・住 所	Tel		届出医師 名		
届出受理日	年 月 日 注：届出票記載日でなく、実際に受理した日を記入				

(調査票2-2)

No. - -

( ) 症状・医療調査関係

患者氏名( )

発症日	年 月 日 時頃	初診日	年 月 日 時頃
診断日	年 月 日 時	初発症状	発熱 腹痛 下痢 嘔吐 嘔気
治療状況	入院( / ) 通院 なし 薬剤名( ) 退院( / ) 抗菌薬の投与 なし あり 投与期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 日本脳炎ワクチン接種 あり なし 潜伏期間中の献血		
症状及び発症の順番	( ) 下痢 有(1水様 2粘液 3粘血 4血)(1日 回) 無		主症状
	( ) 腹痛 有 無	症状の経過	
	( ) 嘔気 有 無		
	( ) 嘔吐 有(1日 回) 無		
	( ) 発熱 最高 度 分		
	( ) 悪寒 有 無		
	( ) 戦慄 有 無		
	( ) 頭痛 有 無		
	( ) 倦怠感 有 無		
	( ) 脱力感 有 無		
	( ) 裏急後重 有 無		
	( ) 嘔気 有 無		
	( ) 麻痺 有 無		
	( ) 臥床 有 無		
	( ) 痙攣 有 無		
	( ) 眼症状 有 無		
	( ) 意識障害 有 無		
( ) 筋力低下 有 無			
( ) 筋肉痛 有 無			

( ) 推定される感染地域・感染原因・感染経路

感染地域	1. 国内： 2. 国外 3. 不明
病原体との接触	1. 有 2. 無
感染原・感染経路	1. 媒介動物からの感染(動物名： ) 2. 感染経路( ) 3. 不明
発症状況	同疾患又は同様の症状の者の発症 1. 同居者にいる 2. 同じ職場や学校にいる 3. その他( ) 4. いない

(調査票2-3)

No. - -

( )環境調査関係 患者氏名( )

住居形態	戸建 共同住宅(マンション、団地、アパート) その他(下宿、寮)				
トイレ	患者専用	家族と共用	他の世帯と共同	水洗式	汲み取り式
排水	公共下水 単独・合併浄化槽(放流先: 道路側溝 地下浸透 排水管) 無 (浄化槽の消毒薬: 有 無 その他[ ])				
飲料水	上水道	貯水槽	有 無	塩素消毒設備	有 無
	井戸	専用	共同	飲料水の残留塩素	mg/l mg/l
	その他			水質検査	年 月 日 適 不適
敷地内の水溜り	池 雨水舂の溜り水 プランター 古タイヤ その他( )				
蚊の発生状況	発生有り 発生無し 不明				
動物飼育	屋内有(犬・猫・猿・亀・鳥 その他)				
	屋外有り(犬・猫・猿・亀・鳥 その他) 無				
鳥の斃死	無 有 (有りの場合場所: )				

( )行動調査関係

最近1ヶ月以内の海外渡航歴	有 無	本人 その他 ( )	渡航先( ) 年 月 日~ 年 月 日 同行者( )名 個人 グループ 団体ツアー: 旅行会社名 Tel
家族内・その他に同一症状の有無	有 無	家族( ) その他( )	発病日 年 月 日頃 病名( )
最近1ヶ月以内の国内旅行、会食、行事など	有 無	国内旅行 年 月 日~ 年 月 日 会食( ) 行事( ) その他( )	旅行先( )

その他・特記事項

1 入院 月 日 ~ 月 日	2 通院 月 日 ~ 月 日	3 その他 月 日 ~ 月 日

所内検討結果

日 時:
参加者:
内 容:

(調査票2-4)

調査票

患者氏名( )

( ) 家族・周辺住民調査関係

関係	ふりがな 氏名(男・女)	生年月日		勤務先・学校名	発症日	症状	検査			対応
		年齢	続柄				予定 /	実施 /	結果 / - +	
								/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	
						/	/	/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	
						/	/	/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	
						/	/	/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	
						/	/	/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	
						/	/	/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	
						/	/	/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	
						/	/	/	1 2 3 4	
						/	/	- +	( )	

関係欄

A. 家族 B. 同居者 C. 勤務先 D. 保育園・幼稚園・学校 E. 同一喫食グループ  
F. その他( )

対応欄 1 入院勧告 2 就業制限 3 その他行政指導 4 なし ( ) 内月日を記入

その他検査に関する参考事項

