

調査期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (週報)

医療機関名: _____

ID番号	性別	年齢 (0歳は 月齢)	疾病名 <small>注1</small>	病原体名称 (検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法 <small>注2</small>	検体名
1			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
2			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
3			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
4			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
5			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
6			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
7			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
8			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
9			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
10			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	

注1 疾病名
 1: 細菌性髄膜炎
 (インフルエンザ
 菌、髄膜炎菌、肺
 炎球菌を除く)
 2: 無菌性髄膜炎
 (真菌、結核菌、
 マイコプラズマ、
 リケッチア、クラミ
 ジア、原虫を含む)
 3: マイコプラズマ
 肺炎
 4: クラミジア肺炎
 (全数届出疾患の
 オウム病を除く)
 5: 感染性胃腸炎
 (病原体がロタウ
 イルスであるもの
 に限る)

注2 病原体検査方法
 1: 分離・同定
 2: 抗原検出
 3: 核酸・PCR
 4: 塗抹検鏡
 5: 電顕
 6: 抗体検出
 7: その他

インフル エンザに よる入院 患者の報 告	ID番号	性別	年齢 (0歳は月 齢)	入院時の対応						備考
				ICU入室	人工呼吸器 の利用	頭部CT検査 (予定含む)	頭部MRI検査 (予定含む)	脳波検査 (予定含む)	いずれにも 該当せず	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

インフルエンザによる入院患者がない場合でも、0報告であげてください。

<記載上の留意>

○インフルエンザに罹患し、入院した患者（院内感染を含む）を報告してください。

○入院時の患者対応については、該当する項目欄のすべてに○を記入してください。