

別記様式1第1号

保健所コード  
□□□□□□□□

西 暦  
□□□□

I D  
□□□-□□□□

衛研受付番号  
□□□□□□

病原体定点コード  
□□□□

一 類 感 染 症 、 二 類 感 染 症 、 三 類 感 染 症 、 四 類 感 染 症 、 五 類 感 染 症 （ 別 記 様 式 第 2 号 から 様 式 第 6 号 に 該 当 す る 感 染 症 を 除 く ） 、 新 型 イ ン フ ル エ ン ザ 等 感 染 症 及 び 指 定 感 染 症 検 査 票 （ 病 原 体 ）

|    |     |           |                                                                                                 |
|----|-----|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者 | 性 別 | ( 男 . 女 ) | 全数報告疾患の場合<br>感染症発生動向調査システム報告 I D :<br>定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。<br>インフルエンザ 定点・小児科定点・眼科定点・基幹定点 |
|    | 年 齢 | ( 歳 カ月 )  |                                                                                                 |

[主治医等記載欄]

|                                                                 |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 医療機関等名及び<br>主治医等医師名                                             |                                                                     | 検体識別記号等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 検体送付日                                                           |                                                                     | 年 月 日 分離株 ( □ 無 ・ □ 有 ・ □ 検 査 中 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 診 断 名                                                           |                                                                     | 【定常調査報告分類】<br>□RSウイルス感染症 □咽頭結膜熱 □感染性胃腸炎 □手足口病 □ヘルパンギーナ<br>□定常調査対象外 ( )<br>※診断名を記載                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 発 病 日                                                           |                                                                     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 検査<br>材料                                                        | 採取年月日                                                               | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                                                 | 材 料 の 種 類<br>該当する□にチェック<br>を入れてください                                 | □ふん便 (□直腸内容物 □腸ぬぐい液) □髄液 □尿 □吐物<br>□喀痰 □気管吸引液 □うがい液 □穿刺液 (□腹水 □胸水 □関節液 □その他)<br>□咽頭ぬぐい液 □鼻汁 □鼻腔拭い液 □皮膚病巣 (□水疱内容 □痂皮 □創傷)<br>□結膜ぬぐい液 □結膜擦過物 □眼脂 □細胞診 □生検材料 □剖検材料 (臓器 : )<br>□血液 (□全血 □血清 □血漿) □その他 ( )<br>(抗凝固剤 : )                                                                                                                                                                                                   |  |
| 臨床<br>的<br>事<br>項                                               | 臨 床 症 状 ・<br>徴 候 等<br>該当するものすべての<br>□にチェックを入<br>れてください<br>(基礎疾患を除く) | □無症状 □胃腸炎 (□下痢 □血便 □嘔気 □嘔吐 □腹痛)<br>□頭痛 □発熱 (最高体温 : °C) □角膜炎 □結膜炎 □角結膜炎<br>□熱性けいれん □意識障害 □麻痺 (全身性、中枢神経性のもの)<br>□関節痛 (炎) □筋肉痛 (筋炎) □髄膜炎 (頸部硬直) □脳炎 □脳症 □脊髄炎<br>□上気道炎 (□咽頭炎 (痛) □気扁桃炎) □循環器障害 (□心筋炎 □心膜炎 □心不全)<br>□下気道炎 (□肺炎 □気管支炎) □黄疸 □肝機能障害 □HUS<br>□発疹 (□丘疹 □紅斑 □バラ疹) □腎機能障害 (□血尿 □乏尿 □蛋白尿 □多尿 □腎不全)<br>□水疱 □口内炎 □尿路生殖器症状 ( )<br>□リンパ節腫脹 □出血傾向 (全身性のもの)<br>□唾液腺腫脹 (□耳下腺炎 □顎下腺炎) □ショック症状 (□低血圧 □循環不全)<br>□その他の症状 ( ) |  |
|                                                                 |                                                                     | 基 礎 疾 患                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 転 帰                                                             |                                                                     | □経過観察中 □軽快 □治癒 □後遺症有り □死亡 (原因 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 外来・入院の別                                                         |                                                                     | □外来 □入院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 主治医等からの埼玉県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[ ]<br>: 判定結果 □陰性 □陽性[□A □B] □保留) |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| *抗インフルエンザ薬投与 (□無 □有 : 薬剤名[ ]<br>投与開始日 年 月 日 [□予防投与 □治療投与])      |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |

〔主治医等記載事欄〕（保健所記載可）

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 発 生 の 状 況 | 発生市区町村（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
|           | <input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生<br>集団発生の場合： <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 宿舎、寮 <input type="checkbox"/> 病院<br><input type="checkbox"/> 老人ホーム（介護施設を含む） <input type="checkbox"/> 福祉（養護）施設 <input type="checkbox"/> 旅館、ホテル <input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> 事業所<br><input type="checkbox"/> 海外ツアー <input type="checkbox"/> 国内ツアー <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                              |
| 最近の海外渡航歴  | 有   無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（国名： ） |
|           | 期 間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年   月   日   ～   年   月   日                                    |
| ワクチン接種歴   | （ 無 ・ 有 ・ 不明 ）<br>ワクチン名 _____（Lot No _____） 最近の接種年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |

〔埼玉県衛生研究所記載欄〕

|                       |                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記 載 者 名               |                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 抗体検出                  | 方法                    | （蛍光、I P、E L I S A、C F、H I、P A、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他 _____）                                                                                                                                                                                       |
|                       | 結果                    | （ _____ ）                                                                                                                                                                                                                                            |
| 病<br>原<br>体<br>検<br>出 | 検 出 年 月 日             | 平成   年   月   日                                                                                                                                                                                                                                       |
|                       | 検 出 方 法               | ・ 分離培養（培養細胞：細胞名〔下記のとおり _____〕<br>人工培地、発育鶏卵、動物、その他 _____）<br>・ 抗原検出等（蛍光、E I A、R P H A、P A、I C（イムノクロマト）、凝集反応、その他 _____）<br>・ 遺伝子検出<br>1. 非増幅（ハイブリ、P A G E、その他 _____）<br>2. 増幅（P C R、リアルタイム P C R、P C R+シーケンス、L A M P、その他 _____）<br>・ 顕微鏡          ・ 電顕 |
|                       | 検 出 病 原 体<br>（群、型、亜型） |                                                                                                                                                                                                                                                      |

〔その他特記事項〕

|  |
|--|
|  |
|--|

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） 診断名については、該当する疾患にチェックを入れてください。「定常調査対象外」にチェックした場合は、必ず（ ）内に該当する診断名を記載してください。

注3） ワクチン接種歴については、当該疾患に係わるものにつき記載して下さい。

注4） 1 類、2 類、3 類感染症及び 4 類全数把握感染症について、医療機関（民間検査所を含む）で病原体を分離した場合は、可能な範囲内で埼玉県衛生研究所への分離株等の送付をお願いします。