平成２７年○月○日

厚生労働省健康局結核感染症課　御中

○○県○○部○○課

鳥インフルエンザ（H７N９)疑い患者について

標記について、下記のとおり鳥インフルエンザ（H７N９)に係る情報提供がありました。

記

平成27年○月○日(○)○○保健所管内○○病院から連絡

＜患者について（任意）＞

○○市（区・町）在住

性別：○性

年齢：○歳

職業：

基礎疾患：

中国渡航歴（有の場合は地域及び期間）：

鳥等との接触状況：

鳥インフルエンザ（H7N9）「疑似症患者」及び「患者（確定例）」との接触：

＜症状の経過（分かる限りで）＞

H27.○.○～（帰国or日本入国）

H27.○.○～（症状・発症日）

入院日（救急搬送日）：H27年○月○日

＜現在の症状等（分かる限りで）＞

現在の症状（分かる限り細かく）：

治療状況（分かる限り細かく） ：

検体の有無（有の場合は種類、無の場合は今後の採取の可否）：

インフルエンザ簡易キット結果（○/○）：A（○or×）、B（○or×）、（H1N1）2009（○or×）

他に疑われる感染症等の検査結果：

＜追加検査＞

インフルエンザ検査（PCR）：

A（○or×）、H1（○or×）、H3（○or×）、H5（○or×）、H7（○or×）、B（○or×）

→PCRでA(○)かつH1（×）、H3（×）、H5（×）、H7（○or×）であれば、感染研へ検査依頼。