

保健所では麻しん・風しんの感染拡大防止のために、感染源の調査や接触者の方へ注意喚起を行う必要がありますので、下記の情報提供について、ご協力いただきますようお願いいたします。この情報をもとに保健所から本人または保護者の方、あるいは学校等に対し連絡することがありますのでご承知おきください。なお、ご記入いただいた情報については、調査の目的以外では使用しません。

		記入年月日	月	日
1 患者氏名(フリガナ)	( 男 ・ 女 )			
2 生年月日	(昭和・平成・令和)	年	月	日 ( 歳)
3 住所				
4 電話番号	( 自宅 ・ 携帯電話 )			
5 同居家族の構成	※風しんの場合 妊娠の可能性のある人又は妊婦 有 ・ 無			
6 今回、他に同居家族で罹患した人	有 (患者との関係: 年齢 歳) ・ 無			
7 患者家族で未罹患・ワクチン未接種者	有 (続柄: 年齢: 歳) ・ 無 ・ 不明 (続柄: 年齢: 歳)			
8 患者の症状について (ワクチン接種歴 1回目 有 ( 歳) ・ 無 ・ 2回目 有 ( 歳) ・ 無)				
発熱: 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日) ( °C)				
発疹: 無 ・ 有 (部位 ) (期間 月 日 ~ 月 日)				
咳: 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日)				
鼻水: 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日)				
目の充血: 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日)				
リンパ節腫脹: 無 ・ 有 (期間 月 日 ~ 月 日)				
9 患者の治療状況について	内服中の薬: 無 ・ 有 ( )			
10 患者の所属情報について	所属名 (学校年組・勤務先等): 連絡先:			
集団に接する職業: 無 ・ 有 (保育士・教員・施設職員・医療従事者・その他 )				
最終登校 (勤務) 日: 年 月 日				
所属等への連絡: 連絡済 ・ 連絡予定 ・ 連絡予定なし				
人が多く集まる所の参加: 無 ・ 有 (名称: )				
(部活・サークル・習い事等) (最終参加日: 月 日 )				

**\*調査への同意について**

私は、麻しん・風しんの感染拡大防止のために実施される調査等について理解しましたので、患者情報の提供について同意いたします。

本人または保護者 (患者が未成年の場合) の自署

**医療機関の方へ** 保健所では感染拡大防止のために、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第15条に基づき、必要に応じて「積極的疫学調査」を行うことがあります。このため、発生届では把握できない上記の患者情報が必要となりますので、本人または保護者の方に、麻しん・風しん患者調査票のご記入を頂き、「麻しん発生届」または「風しん発生届」と併せてFAXにて保健所あてに提出をお願いいたします。

従事する病院・診療所の名称 医師の氏名 連絡先電話番号	
-----------------------------------	--

別記様式

保健所コード  
00-00-00

保健所登録全数報告ID  
0000000000000000

報告受付番号(検体提供者番号)  
0000000000

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、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)

性別 (男・女)	性 別
( 歳 カ月)	年 齢
	患 者 氏 名
	住 所
指定医療機関の番号は該当するものを○で囲んで下さい	〒
・インフルエンザ定点 ・小児科定点 ・眼科定点	住 居
・性感染症定点 ・基幹定点	住 居
主治医等記載欄	主治医等記載欄
医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)	医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)
検体送付日	検体送付日
年 月 日	年 月 日
分腫株(無、有、検査中)	分腫株(無、有、検査中)
診断名	診断名
年 月 日	年 月 日
発病日	発病日
年 月 日	年 月 日
入院外来の別	入院外来の別
採 取 日	採 取 日
年 月 日	年 月 日
検 査 材 料	検 査 材 料
検 査 材 料 の 種 類	検 査 材 料 の 種 類
〔該当するのものを○で囲んで下さい〕	〔該当するのものを○で囲んで下さい〕
・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁)	・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁)
・結膜ぬぐい液(結膜塗布液、眼脂)	・結膜ぬぐい液(結膜塗布液、眼脂)
・細胞診、生検、剖検材料(腫瘍)	・細胞診、生検、剖検材料(腫瘍)
・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤)	・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤)
・その他( )	・その他( )
・痰液	・痰液
・尿	・尿
・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他)	・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他)
・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷)	・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷)
・陰部尿道頸管分泌物	・陰部尿道頸管分泌物
・その他( )	・その他( )
・胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛)	・胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛)
・角膜炎、結膜炎、角結膜炎	・角膜炎、結膜炎、角結膜炎
・細菌性、意識障害(昏厥(部位)、中重度神経系症状(昏厥、脳症、脊髄炎、その他))	・細菌性、意識障害(昏厥(部位)、中重度神経系症状(昏厥、脳症、脊髄炎、その他))
・下気道炎(肺炎、気管支炎)	・下気道炎(肺炎、気管支炎)
・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、麻疹)	・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、麻疹)
・出血傾向(全身性のもの)	・出血傾向(全身性のもの)
・リンパ節腫脹(部位 )	・リンパ節腫脹(部位 )
・浮腫(部位 )	・浮腫(部位 )
・ショック症状(低血圧、循環不全)	・ショック症状(低血圧、循環不全)
・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候)	・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候)
項	項
基礎疾患	基礎疾患
転 帰	転 帰
経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因 )	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因 )
主治医等から地方衛生研究所への連絡事項	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)	*インフルエンザ迅速キット使用(無、有、メーカー名)
*抗インフルエンザ薬投与(無、有、薬剤名)	*抗インフルエンザ薬投与(無、有、薬剤名)
投与開始日	投与開始日
年 月 日	年 月 日
投与終了日	投与終了日
年 月 日	年 月 日
日(予防投与、治療投与)	日(予防投与、治療投与)
[ ]: [陰性、陽性、保留]	[ ]: [陰性、陽性、保留]

検査様式2

発生状況	発生状況
・集団発生 (無、有) ・発生市区町村( )	・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、宿舍・寮、病院、老人ホーム、介護施設を含む)、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、国内ツアー、その他	有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舍・寮、病院、老人ホーム、介護施設を含む)、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、国内ツアー、その他
最近の海外渡航歴	最近の海外渡航歴
国名	国名
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
期間	期間
無、有、不明	無、有、不明
ワクチン接種履歴	ワクチン接種履歴
ワクチン名	ワクチン名
最終接種年月日	最終接種年月日
年 月 日	年 月 日
Lot No.	Lot No.
地方衛生研究所記載欄	地方衛生研究所記載欄
記載者名	記載者名
抗体検出方法	抗体検出方法
(蛍光、IP、ELISA、CR、HI、PA、中和、インプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他)	(蛍光、IP、ELISA、CR、HI、PA、中和、インプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他)
結果	結果
年 月 日	年 月 日
検出方法	検出方法
〔該当するのものを○で囲んで下さい〕	〔該当するのものを○で囲んで下さい〕
・分離培養(培養細胞、細胞名( ))	・分離培養(培養細胞、細胞名( ))
人工培地、発育動物、動物、その他	人工培地、発育動物、動物、その他
・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC(インプロット)、その他)	・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC(インプロット)、その他)
・遺伝子検出(1.非増幅(インプロット)、PAGE、その他)	・遺伝子検出(1.非増幅(インプロット)、PAGE、その他)
2.増幅(PCR、リアルタイムPCR)、PCR+シーケンズ、LAMIP、その他	2.増幅(PCR、リアルタイムPCR)、PCR+シーケンズ、LAMIP、その他
・電顕 ・凝検	・電顕 ・凝検
検出病原体(株、型、亜型)	検出病原体(株、型、亜型)
その他特記事項	その他特記事項
注1)患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第28条の4、第44条の7及び第50条に基づき一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。	注1)患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第28条の4、第44条の7及び第50条に基づき一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。
注2)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)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3)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。	注3)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。
注4)医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。	注4)医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。

<様式3> 学校等の報告用紙

「麻しん」により出席停止とされた児童・生徒等あるいは教職員がいた場合には、本票を該当する宛先にFAXにて送付をお願いします。

公立保育園 → (主管課) 市保育運営課 (fax 047-436-3215)  
 市立小・中・高・特別支援学校 → (主管課) 市保健体育課 (fax 047-436-2877)  
 上記以外の私立保育園・幼稚園小・中・高・大学・専修学校・児童福祉施設 → 保健所 (健康危機対策課)  
 (fax 047-409-6301) mail kenkokikitaishaku@city.funabashi.lg.jp

FAX送付票

施設名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

患者居住地	(市・町・村)
年齢・性別	歳 (男・女)
学年・組 (クラス)	年 組 ( 歳児クラス)
児童等・教職員	児童等 ・ 教職員
麻しんワクチン接種歴	1回目 無・有 ( 才頃) ・不明
	2回目 無・有 ( 才頃) ・不明
発症年月日	令和 年 月 日
発症後 (欠席前) の最終登校年月日	令和 年 月 日
診断年月日	令和 年 月 日
診断された医療機関名	
患者の最終登校日から溯って 2週間の集団行事	
他の児童等に同様の症状者の 有無	無・有 ( 人) ※ 有の場合 概要
各家庭への注意喚起の状況	

※ 有の場合には、その概要の報告をお願いします。

※ 終息と認められるまで、他の児童等の健康状況の把握をお願いします。