

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）

患者 情報	氏 名		性 別	男・女	年 齢	歳	ヵ月	衛研受付日	
								衛研受付番号	

【主治医等記載欄】※太枠内を記入して下さい。

医療機関等名及び 主治医等医師名		(記載者:主治医等と異なる場合)	
検体送付日		年 月 日	貴院での病原体検査の実施状況
診 断 名		入院・外来の別	入院 外来 その他[]
発 病 日		年 月 日	検 体 採 取 日
年 月 日		年 月 日	年 月 日
検 査 材 料		臨床検体 / 分離菌株 (菌名:)	
材 料 の 種 類 [該当するものを一つを ○で囲んで下さい] ※分離菌株の場合は 検出した材料を選択		・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・喀痰 ・気管吸引液 ・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁、鼻腔ぬぐい液) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・吐物 ・細胞診、生検、剖検材料(臓器名) ・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[])) ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他) ・髄液 ・尿 ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ・陰部尿道頸管擦過物／分泌物 ・その他 []	
臨 床 的 事 項	臨 床 症 状・ 徴 候 等 [該当するもの 全てを○で 囲んで下さい] (基礎疾患を除く)	・無症状 ・頭痛 ・発熱(最高体温 ℃) ・熱性けいれん ・関節痛(関節炎)、筋肉痛 ・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎／痛、扁桃炎) ・下気道炎(肺炎、気管支炎) ・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ・出血傾向 ※全身性のもの ・リンパ節腫脹(部位)、唾液腺腫脹、 浮腫(部位) ・その他の症状[]	
		・ショック症状(低血圧、循環不全) ・胃腸炎(下痢、血便(粘血便)、嘔気、嘔吐、腹痛) ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・髄膜炎(項部硬直)、意識障害、麻痺(部位)、 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、 その他[]) ・循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ・黄疸 ・肝機能障害 ・腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ・尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、外陰炎、頸管炎)	
基 礎 疾 患		転 帰	経過観察中 軽快 治癒 後遺症有り 死亡(原因)

主治医等から群馬県衛生環境研究所への連絡事項 患者へ説明をして同意を得た後に口にチェックを入れてください

□感染症発生動向調査事業について説明し、検体提出について患者の同意を得ました。

* 迅速検査実施(無、有:メーカー名【 】 結果:陰性、陽性(型別等)、判定保留
* 抗菌薬投与(無、有:薬剤名【 】 投与期間: 月 日 ~ 月 日(日間)
* 抗ウイルス薬投与(無、有:薬剤名【 】 投与期間: 月 日 ~ 月 日(日間)

【保健所等記載欄(主治医記載可)】

発 生 の 状 況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生 (無、有) ・集団発生 (無、有) ※「有」の場合は該当施設を○で囲んで下さい。 保育所、こども園、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、その他学校等()、宿舎・寮、病院、 老人ホーム(介護施設含む)、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、その他()		
最近の海外渡航歴	無 ・ 有	国 名	期 間
年 月 日 ~ 年 月 日			
ワクチン接種歴	無 ・ 有	ワクチン名	最終接種年月 日
年 月 日			

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)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)医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、群馬県衛生環境研究所への分離株の送付をお願いします。

【群馬県衛生環境研究所記載欄】

記 載 者 名	
抗体検出	方 法 結 果
	蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他()
病 原 体 検 出	検 出 年 月 日
	年 月 日
	検 出 方 法 [陽性となった方法を ○で囲んで下さい]
	・分離培養 培養細胞:細胞名①[: 代],②[: 代] 人工培地、発育鶏卵、動物、その他() ・抗原検出等 蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC、その他() ・遺伝子検出 非増幅[ハイブリ、PAGE、その他()] 増幅[PCR、リアルタイムハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他]
検 出 病 原 体 (群、型、亜型)	