

デング熱、チクングニア熱、ウエストナイル熱、ジカウイルス感染症

アルボウイルス検査依頼書 FAX:03-5285-1188

医療機関名：		患者 ID：		性別 ☐ 男 ☐ 女	
依頼者：				年齢： 歳	
FAX 番号：		発病日 (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____			
e-mail：		臨床診断名； _____			
検査希望項目 ☐ ウイルス検査 ☐ 抗体検査		疫学情報 ☐ 単発症例 ☐ 家族も発症 ☐ 同行者も発症 ☐ 居住地の近隣で同様の症例有			
検査対象項目 ☐ 日本脳炎 ☐ ウエストナイル熱・脳炎 ☐ デング熱 ☐ チクングニア熱 ☐ 黄 熱 ☐ その他 ()		外注検査依頼 (感染症) ☐ 有 ☐ 無		検体の由来 ☐ ヒト ☐ 動物	
検体採取日 ____年 ____月 ____日 採血日体温 ____℃	検体の種類 ☐ 血清 ☐ 全血 ☐ 髄液 ☐ 尿 ☐ 唾液	検査データ(病初期、現在)			
		月 日 月 日			
検体情報 (採取日) 複数検体の場合 ☐ 急性期 ____月 ____日 ☐ 回復期 ____月 ____日 ☐ S3 ____月 ____日 ☐ S4 ____月 ____日 ☐ S5 ____月 ____日	予防接種歴 日本脳炎 ☐ 有 (____年) ☐ 無 黄 熱 ☐ 有 (____年) ☐ 無 その他；	• RBC • WBC • platelet • CRP • GOT(AST) • GPT(ALT) • 髄液細胞数			
症状・徴候					
1. 発熱 ☐ 悪寒 ☐ 発熱 体温 (____℃) 発熱日 (____月 ____日) 持続期間 (____日) ☐ 発熱中 ☐ 解熱日 (____月 ____日) 2. 皮膚・関節症状 ☐ 発疹 ☐ 出血斑 ☐ 水泡疹 ☐ 紅斑 ☐ 関節痛 ☐ 筋肉痛 3.消化器症状 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 嘔吐 ☐ 悪心 4.中枢神経症状 ☐ 頭痛 ☐ 髄膜炎症状 ☐ 痙攣 ☐ 失見当識 ☐ 昏睡状態 (レベル ____) 5.呼吸器症状 ☐ 咳 ☐ 咽頭痛 ☐ 肺炎症状 6. その他の症状 ☐ 後眼窩痛 _____ _____ _____		旅行歴 ☐ 無 ☐ 有 (渡航先；国名 _____) 旅行行程 (国名：都市・地域名) ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： その他特記すべき旅行中のエピソード _____ _____ _____ _____ ☐ 動物との接触があった。 ☐ 蚊に刺された。 ☐ ダニ・ノミに刺された。 ☐ なにか分からないが虫に刺された。 居住地 ☐ 日本 ☐ 海外 (国名 _____)			

麻しん届出時(疑い含む)

麻しん（疑い）患者検査依頼書

送付年月日： 年 月 日

医療機関名		医師名	
医療機関所在地			
TEL		FAX	
患者氏名	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日生 (歳)	
現住所	国籍	主な居住地	
職業			
発病年月日 年 月 日	初診年月日 年 月 日	入院： ☐ あり ☐ なし 入院日： 年 月 日	
前医 ☐ あり（医療機関名： ） ☐ なし			
症状 ☐ 発熱（ °C） ☐ 咳 ☐ 鼻汁 ☐ 結膜充血 ☐ 眼脂 ☐ コプリック斑 ☐ 発疹 ☐ 肺炎 ☐ 中耳炎 ☐ 腸炎 ☐ クループ ☐ 脳炎 ☐ その他（ ）			
基礎疾患 ☐ あり（疾患名： ） ☐ なし			
転帰 ☐ 経過観察中 ☐ 軽快 ☐ 治癒 ☐ 後遺症有り ☐ 死亡（原因 ）			
感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ） ☐ 接触した麻しん患者（患者との関係 年齢 歳） ☐ 不明			
感染地域（ 確定 ・ 推定 ） ☐ 日本国内（ 都道府県 市区町村） ☐ 国外（ 国）詳細地域（ ）			
麻しん含有ワクチン接種歴 1回目 ☐ 有（ 歳） ☐ 無 ☐ 不明 2回目 ☐ 有（ 歳） ☐ 無 ☐ 不明			
検体採取日時 年 月 日 午前 午後 時		検体種別 ☐ 咽頭ぬぐい液 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ その他（ ）	
検査機関で既に検査している場合 検体 ☐ 咽頭ぬぐい液 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ その他（ ） 検査結果 ☐ 血清 I g M抗体の検出 ☐ ペア血清での抗体の検出（抗体陽転・抗体価の有意上昇） ☐ その他（ ）			
備考			

レジオネラ症届出があった場合の菌株提供時

調査票

年 月 日

地研名
担当者名 連絡先（電話／FAX／E-mail）
送付元菌株番号
菌種・血清群（わかる範囲で、以下同様）
分離年月日および検体
患者年齢・性別
医療機関名
推定感染源および地域
患者経過、転帰、基礎疾患そのほか
受付番号（感染研記入欄）

国立感染症研究所 細菌第一部内
〒162-8640 東京都新宿区戸山 1-23-1
TEL 03-5285-1111
FAX 03-5285-1163
担当者 前川純子
E-mail jmaekawa@nih.go.jp

菌株送付票

医療機関のある自治体名：
患者の年齢・性別

検体採取月日	月 日	月 日	月 日
検体の検出部位	☐ 血液 ☐ 壊死軟部組織 ☐ その他()	☐ 血液 ☐ 壊死軟部組織 ☐ その他()	☐ 血液 ☐ 壊死軟部組織 ☐ その他()
菌株番号			
Lancefield群別 (キット名)	群 ()		
A群、B群の場合 (血清型)			
A群、G群の場合 (<i>emm</i> 型)			
発赤毒素型 (検査法)			
担当地研名 (担当者名)			

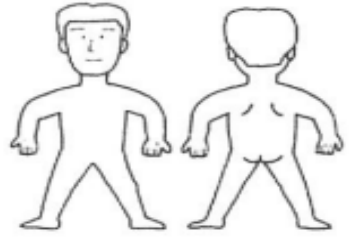
連絡先
池辺 忠義
〒162-8640
東京都新宿区戸山1-23-1
国立感染症研究所細菌第一部内
TEL 03-5285-1111
FAX 03-5285-1163
E-mail tdikebe@nih.go.jp

日本紅斑熱・SFTS患者調査票

調査日: 年 月 日

* 検体送付日において、記載できる範囲で記載してください。

調査実施保健所:

医療機関名			検査目的				
担当者 (主治医等)			☐ 日本紅斑熱 抗体価(急性期血清・回復期血清)				
診断名			☐ 日本紅斑熱 遺伝子検査(痂皮・EDTA全血) (☐ つつが虫病 遺伝子検査(痂皮・EDTA全血))				
				☐ SFTS 遺伝子検査(血清・尿・咽頭拭い液)			
患者情報	ID番号	イニシャル(姓・名)		性別	男・女	年齢	歳 か月
	現住所	県	市・町	職業			
	既往疾患				【家族構成】		
	家族・その他 同一症状の 有無	有(続柄: 症状:) 無					
	キーパーソン・連絡先						
検査材料	☐ 急性期血清 (※抗菌薬投与前の検体が望ましい)		採取日	年	月	日	
	☐ 回復期血清		採取日	年	月	日	
	☐ 血液(EDTA全血2ml以上必要)(※抗菌薬投与前の検体が望ましい)		採取日	年	月	日	
	☐ 痂皮		採取日	年	月	日	
	☐ 咽頭拭い液		採取日	年	月	日	
	☐ 尿		採取日	年	月	日	
	☐ その他()		採取日	年	月	日	
感染原因・経路に関する調査事項	海外渡航歴	(有・無) → 有りの場合(月 日 ~ 月 日、場所)					
	動物との接触歴	(有・無) → 有りの場合(月 日)、犬や猫等ペットの有無(有・無)					
	感染推定場所 (発症2週間 前の行動歴)	(行った所) 1. 林 2. 水田 3. 畑 4. 住宅地 5. 野原 6. 牧場 7. 公園 8. ゴルフ場 9. 果樹園 10. その他()					
		(地形) 1. 山地 2. 平地 3. 河川敷 4. その他()					
		(作業内容) 1. 森林作業 2. 農作業 3. 工事 4. レジャー 5. 山菜採取 6. その他()					
	推定感染日	年 月 日					
	感染地域	県 市・町 付近					
	特記事項						
臨床所見	刺し口	1. 有 2. 無 (部位) 右記に記入		刺し口の部位(○印で記入)  部位記入欄()			
		(状態) 1. 水疱 2. 潰瘍 3. 痂皮					
	発熱	1. 有 (最高体温 °C) 2. 無					
	発疹	1. 有 2. 無 (部位) 1. 全身 2. 顔 3. 頸 4. 胸 5. 腹 6. 背 7. 腕 8. 手 9. 足 10. その他()					

	リンパ節腫脹	1. 有 2. 無 (部位) 1. 右頸部 2. 右腋窩 3. 右鼠径 4. 左頸部 5. 左腋窩 6. 左鼠径															
	その他所見	1. 頭痛 2. 筋肉痛 3. 全身倦怠 4. 肝腫脹 5. 消化器症状(嘔吐・下痢) 6. 神経症状 7. その他()															
症状の経過		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
	発熱																
	発疹																
検査所見	血液所見	1. 白血球数								5. AST上昇 有 無							
		2. 血小板数								6. ALT上昇 有 無							
	尿所見	3. CRP								7. LDH上昇 有 無							
		4. DIC 有 無								8. フェリチン上昇 有 無							
治療	抗菌薬使用	1. テトラサイクリン系(ミノマイシン、ビブラマイシン、その他)) 投与期間 月 日 ~ 月 日															
		2. ニューキノロン系(シプロフロキサシン、その他)) 投与期間 月 日 ~ 月 日															
		3. その他() 投与期間 月 日 ~ 月 日															
	備考																