別記様式2　　保研セ番号 ：

奈良県感染症発生動向調査（定点把握五類感染症）検査票（病原体）

【主治医記載欄】　（該当するものに ✓ 又は〇して下さい）

医療機関名及び主治医等医師名				定点医療機関	☐小児科定点 ☐インフルエンザ定点 ☐基幹定点　☐眼科定点
患者	氏名(カタカナ)		男・女	ID等	
	生 年 月 日	年　月　日（　才　ヶ月）		住 所	市・町・村
診 断 名		☐ インフルエンザ　☐ ヘルパンギーナ　☐ 伝染性紅斑　☐ ロタウイルス胃腸炎 ☐ 感染性胃腸炎　☐ 手足口病　☐ 突発性発疹　☐ 無菌性髄膜炎 ☐ RSウイルス感染症　☐ 水痘　☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 咽頭結膜熱　☐ 発疹症　☐ その他〔　〕			
発 病 日		年　月　日		外来・入院の別	外来　・　入院
検査材料	採 取 日	年　月　日			
	材料の種類	☐糞便（←腸内容物、直腸ぬぐい液）　☐ 髄液　☐ 尿 ☐咽頭ぬぐい液（←うがい液、鼻汁、鼻腔ぬぐい液）　☐ 皮膚病巣(←水疱内容、痂加、創傷) ☐結膜ぬぐい液（結膜擦過物、眼脂）　☐ その他〔　〕 ☐血液（☐全血　☐血清　☐血漿）			
臨床的事項	発生状況	☐散発　☐地域流行　☐家族内発生　（ 無、 有 ） ☐集団発生（☐保育所　☐幼稚園　☐小学校　☐中学校　☐その他（　）			
	臨床症状・徴候等 （基礎疾患除く）	☐無症状(←健康者) ☐頭痛 ☐発熱(最高　℃) ☐熱性けいれん ☐関節痛/炎・筋肉痛/炎 ☐口内炎(←歯肉炎) ☐上気道炎(←咽頭炎、咽頭痛、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（←紫斑病、出血熱）※全身性のもの ☐リンパ節腫脹 ☐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)	下痢症状 回数：　回／日 性状：☐水様性 ☐泥状 ☐[　] 色：☐普通 ☐クリーム ☐緑 ☐[　]	☐胃腸炎（☐下痢　☐嘔気・嘔吐）☐血便　☐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（全身性、中枢神経系のもの） ☐脳炎　☐脳症　☐脊髄炎 ☐循環器障害(←心筋炎、心膜炎、心不全) ☐HUS　☐黄疸　☐肝機能障害 ☐腎機能障害（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) ☐その他の症状 〔　〕	
最近の海外渡航歴	国　名	（☐無　☐不明）		期　間	年　月　日～　年　月　日
ワクチン接種歴 ※当該疾患に係るものについて記載してください。	ワクチン名	（☐無　☐不明）		最終接種年月日	年　月　日
基 礎 疾 患			転　帰	☐経過観察中 ☐軽快 ☐治癒 ☐死亡(原因	

主治医から保健研究センターへの連絡事項

※ インフルエンザ迅速キット使用（☐無 ☐有：メーカー名[　]：[☐陰性 ☐陽性(☐A ☐B ☐H1pdm) ☐保留]
※ 抗インフルエンザ薬投与（ ☐無 ☐有 ： 薬剤名[　]
投与開始日：　年　月　日[☐予防投与 ☐治療投与]

【保健研究センター記載欄】

病原体検出	検出病原体 (群、型、亜型)		検出年月日	
	検出方法	☐分離培養(　)　☐遺伝子検出(　) ☐抗原検出(　)		

【その他の特記事項】