別記様式2-2　　保研セ番号 ：

奈良県感染症発生動向調査（急性呼吸器感染症）検査票（病原体）

【主治医記載欄】　（該当するものに ✓ 又は○して下さい）　（定点把握五類感染症）※急性呼吸器感染症

医療機関名及び主治医等医師名				定点医療機関	☐急性呼吸器感染症（ARI）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 の有 無		☐ 診断名なし ☐ 診断あり　有りの場合　☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 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	☐ 鼻咽頭ぬぐい液 ☐ 鼻腔ぬぐい液 ☐ 鼻汁（鼻水） ☐ 鼻腔吸引液（希釈せず、吸引したものをスワブで採取）			
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）	☐咳嗽 ☐咽頭痛 ☐呼吸困難 ☐鼻汁 ☐鼻閉 ☐発熱(最高　℃) ☐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】