**病原体検査依頼票**

（別添）

受付番号 No.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 被験者識別番号 |  | 性別 | 男　　　・　　　女 |
| 年　齢 | （　　　　歳　　　か月　　　日）＊1か月未満は日齢を記入してください。 |
| 住所（市町名） |  | 受診 | 外来　　・　　　入院 |

[主治医等記載欄]

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等名及び主治医等医師名 |  |
| 検体送付日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診　断　名（疑い例含む） |  |
| 発　病　日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 検査材料 | 採 取 日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 材料の種類[該当するものを一つ○で囲んで下さい] | ・尿・咽頭ぬぐい液（うがい液 , 鼻汁 , 鼻腔ぬぐい液）・血液（全血 , 血清 , 血漿）・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 | ・発熱（　　月　　日出現　最高　　　℃）・咳　　　　・鼻汁　　　・結膜充血　　　・目脂　　　・コプリック斑・発疹（　　月　　日出現　場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・中耳炎　　・肺炎　　　・クループ　　　・腸炎・脳炎（※急性脳炎の届出も必要）・その他の症状　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 基 礎 疾 患 |  |
| 転 帰 | 経過観察中 ,　軽快 ,　治癒 ,　死亡（原因　　　　　　　　） |
| 発生の状況 | ・散発　　 ・地域流行　　 　　・家庭内発生・集団発生（保育所 , 幼稚園 , 小学校 , 中学校 , 病院 ,　旅館・ホテル ,　　　　　 　飲食店 , その他[ ] ）　 |
| 最近の海外渡航歴 | 国名　　　　　　　　　　　　渡航期間　　　　　　　　～ |
| 麻しん含有ワクチン接種歴 | ・有：１回目（　　　　歳　接種年月日：　　　年　　　　月　　　　　日）２回目（　　　　歳　接種年月日：　　　年　　　　月　　　　　日）・無・不明 |
| 連絡事項［説明のチェック］□　病原体試料の提供及び診断・治療に関する情報の提供についての説明 |

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.
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ください.
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,可能な範囲で,兵庫県立健康生活科学研究所への分離株の送付をお願いします。