

### 新型(or 鳥)インフルエンザ接触者調査票(接触者モニタリング用紙)

1. 調査担当保健所・保健(福祉)センター名 \_\_\_\_\_ 調査者氏名 \_\_\_\_\_  
 調査日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 調査方法 面接 電話 その他( \_\_\_\_\_ )

2. 接触者番号:	
3. 接触患者発生届受理番号:	4. 患者居住地保健所・保健センター:
<b>接触者詳細</b> 5. 接触者居住地保健所・保健センター:	
6. 氏名:	7. 住所:
8. 電話番号: 自宅 _____ - _____ 携帯 _____ - _____	
9. 職業(仕事先):	
10. 生年月日: M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日	11. 年齢: _____ 歳
12. 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
13. 調査回答者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 本人との関係( _____ )	

(14~16 は回答者が本人以外の時のみ)

14. 回答者氏名:	15. 回答者住所:
16. 回答者電話番号: 自宅 _____ - _____ 携帯 _____ - _____	
<b>17. 同居人の状況</b>	
氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳	氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳
氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳	氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳
氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳	氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳

18. **患者もしくは患畜との接触状況** 日付および場所、接触内容を記載する

19. 患者(患畜)との最終接触日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
20. <input type="checkbox"/> 高危険接触者 <input type="checkbox"/> 低危険接触者 <input type="checkbox"/> 要観察例との接触
21. 接触時感染防護 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 無

#### 接触者の調査時の状態

22. 体温( _____ ) 38度以上の発熱 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
23. 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 有: 咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・低酸素症・その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 無
24. 消化器症状 <input type="checkbox"/> 有: 下痢・嘔吐・腹痛・その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 無
25. 発熱・呼吸器症状以外の症状 <input type="checkbox"/> 有: 頭痛・筋肉痛・関節痛・全身倦怠感 その他の症状( _____ ) <input type="checkbox"/> 無

検査医療機関( _____ ) 電話( _____ )、主治医( _____ )
検査所見: 血算( _____ 月 _____ 日): 白血球 _____ 赤血球 _____ 血小板 _____ その他( _____ )
インフルエンザ抗原検査( _____ 月 _____ 日): 陽性( A 型・B 型・AB 不明 ) ・ 陰性 ・ 未実施
胸部レントゲン( _____ 月 _____ 日): (所見)
ウイルス分離・同定( _____ 月 _____ 日)(検体材料: _____ ): 陽性(亜型: _____ ) ・ 陰性 ・ 検査中
RT-PCR 検査( _____ 月 _____ 日): 陽性(亜型: _____ ) ・ 陰性 ・ 検査中 ・ 未実施
血清抗体価( _____ 月 _____ 日)検査法( _____ ) (亜型: _____ ): 抗体価( _____ )倍 ・ 検査中 ・ 未実施

§ 太枠内は必須。検査所見に関しては、判っていれば記載のこと。検査所見日付は検体採取日。

接触者番号

氏名

### 接 触 者 モ ニ タ リ ン グ

患者(or患者)との最終接触日時: 年 月 日 時頃

月日	最終接触より	連絡手段	体温( )	呼吸器症状の有無	呼吸器以外の症状	確認者
/	0日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	1日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	2日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	3日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	4日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	5日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	6日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	7日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	8日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	9日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
/	10日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他( )	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他( )	

連絡先: 自宅 - - 携帯 - - 担当者名