

地域医療提供体制シート [海外発生期]

様式 1 - 1

発生国からの帰国者又は患者との濃厚接触者で、発熱・呼吸器症状を有する者

必ず電話

**帰国者・接触者
相談センター**

相談専用	
電話番号	ファックス・メール
1111-11-1111	1111-11-1112 aomori_kaze@aomori.com

受診勧奨

**帰国者・接触者
外来**

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇病院	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 被勧奨者の受診条件
△△病院			
□□クリニック			
●●医院			

(随時追加)

**感染症指定
医療機関等**

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
[指]〇〇病院	4444-44-4444	4444-44-4441	24時間 被勧奨者の受診条件
[協]△△病院			

(随時追加)

地域医療提供体制シート[県内発生早期]

発生国からの帰国者又は患者との濃厚接触者で、発熱・呼吸器症状を有する者

必ず電話

**帰国者・接触者
相談センター**

相談専用	
電話番号	ファックス・メール
1111-11-1111	1111-11-1112 aomori_kaze@aomori.com

受診勧奨

**帰国者・接触者
外来**

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇病院	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 被勧奨者の受診条件
△△病院			
□□クリニック			
●●医院			

(随時追加)

**感染症指定
医療機関等**

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
[指]〇〇病院	4444-44-4444	4444-44-4441	24時間 被勧奨者の受診条件
[協]△△病院			

(随時追加)

地域医療提供体制シート[県内感染期]

様式 1 - 3

発熱・呼吸器症状を有する者

直接受

電話

電話相談窓口

相談専用

電話番号

ファックス・メール

1111-11-1111

1111-11-1112
aomori_kaze@aomori.com

受診勧奨

一般医療機関

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇病院	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 被勧奨者の受診条件
△△病院			
□□クリニック			
●●医院			

(随時追加)

重症の診断

入院受入
医療機関

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
[指]〇〇病院	4444-44-4444	4444-44-4441	24時間 被勧奨者の受診条件
[協]△△病院			

(随時追加)

地域医療提供体制シート[分離医療機関]

様式 1 - 4

新型インフルエンザ等医療に対応せず、当該医療の確保に専念して、他の医療機関からの紹介患者を受け入れる。
ただし、原則として、入院中の患者が新型インフルエンザ等を発症した場合は、当該医療機関内で引き続き診療を行う。

人工透析

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇病院	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 受診条件
□□クリニック			

(随時追加)

産科

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇病院	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 受診条件
□□クリニック			

(随時追加)

精神科

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇病院	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 受診条件
□□クリニック			

(随時追加)

救急医療

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇病院	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 受診条件
□□病院			

(随時追加)

障害児医療

医療機関名	専用電話	専用ファックス	診療情報等
〇〇センター	3333-33-3333	3333-33-3331	09:00-17:00 受診条件
□□センター			

(随時追加)

新型インフルエンザ症例情報調査票

基本情報

I D

1	保健所： 調査日時： 年 月 日 時	調査者名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名（ ） 本人との関係（ ） 調査回答者電話番号：自宅： - - 携帯： - -	
3	診断分類：1) 患者（確定例） 2) 疑似症患者	
4	NESID 登録 ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理年月日： 年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日

※3～17 は発生届出票等より転記（4 は NESID への登録後に記入）

18	患者氏名：	19	性別：男・女	20	生年月日： 年 月 日（ 歳 ヶ月）
21	患者住所：				
22	患者電話番号：自宅 - - 携帯 - - Email： @				
23	届出受理日現在の患者の主たる所在場所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明		所在地連絡先：		
24	職業・業種・学校（幼稚園・保育園等を含む）等： 最終勤務・出席（勤）日（ 年 月 日）（児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること） 勤務先／学校名： 勤務先／学校所在地： 勤務先／学校電話番号：				
25	本人以外（保護者等）の連絡先 氏名： 住所： 自宅：		本人との関係： 携帯：		

26	基礎疾患	抗インフルエンザウイルス薬予防投薬	なし・あり（薬名・量 年 月 日開始）
	ワクチン 接種歴等	昨冬季節性インフルエンザワクチン接種歴	なし・あり（ 年 月 日）
		昨冬季節性インフルエンザ罹患歴	なし・あり（ 年 月 日）
		身長（ ）cm 体重（ ）kg	
		糖尿病	なし・あり
		呼吸器疾患（喘息・COPD等）	なし・あり（具体的に ）
		心疾患	なし・あり（具体的に ）
		HIV その他の免疫不全（免疫抑制剤使用含む）	なし・あり（具体的に ）
		悪性腫瘍	なし・あり（具体的に ）
		妊娠	なし・あり（妊娠 週）
		喫煙	なし・あり（ 歳から）
		その他（ ）	なし・あり（具体的に ）
		その他（ ）	なし・あり（具体的に ）

インフルエンザ特異的検査結果

I D

	検査内容	検体材料	検体採取日	結果	検査実施施設
34	抗原検査 (迅速検査) <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性	
			採取： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性	
			採取： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性	
35	ウイルス遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 実施 (RT-PCR) <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
			採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
			採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
36	ウイルス分離同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
			採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
			採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
37	その他 (血清抗体価等) ()		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
	その他 (血清抗体価等) ()		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
	その他 (血清抗体価等) ()		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
38	インフルエンザウイルス以外の病原体検査結果				
	病原体名	検体種類 (検体名)	検体採取日	結果	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
自由記載欄					

新型インフルエンザ症例行動調査票 I (発症 1 日前～発症〇日後)

発症日から〇	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況 (2m以内の濃厚接触者/詳細に記載すること)	患者氏名			ID
					接触者(氏名・年齢・性別・濃厚接触の有無等)	接触者住所	接触者の連絡先 (自宅・携帯等)	
発症日 (記入例)	〇月 〇日 ()	深夜～早朝	・自宅	・夜中から悪寒あり、朝は熱が出ていた	・S K 28歳女(配偶者、Eスーパーマーケット) 子 3歳男(O保育園)	・X市Z町…	・0XXX-XX-XXXX 090-XXXX-XXXX	
		8:30	・A病院	・自宅を出て、A医院受診	・T M 58歳男 (かかりつけ医、医師)	・X市Z町…	・0XXXX-XX-XXXX 090-XXXX-XXXX	
		9:00頃	・B電鉄X駅 ・B電鉄Y駅	・A医院から直接B電鉄X駅へ行き、9:15P駅行き急行に乗車、9:45Y駅で下車	・C株式会社F課 8人	・Y市W町…	・0XX-XXX-XXXX (C株式会社)	
		10:00頃	・C株式会社	・C株式会社へ入社	・D飲食店の店員	・"	・0XX-XXX-XXXX (D飲食店)	
		12:00頃	・D飲食店	・D飲食店で昼食	・B電鉄職員	・"	・0XX-XXX-XXXX (B電鉄)	
		17:00頃	・B電鉄Y駅、X駅	・B電鉄Y駅から 17:30Q駅行き急行に乗車、18:00X駅で下車				
		18:00頃	・自宅	・帰宅				
発症 (1日前、 発症時、 発症〇日)	〇月 〇日 ()							

新型インフルエンザ症例行動調査票Ⅱ（発症前10日間）

調査実施日 年 月 日

患者氏名

I D

調査回答者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名（ ） 本人との関係（ ） 連絡先：					
	日付	時間	所在地・滞在 先・施設名	発症者の行動	接触者
発症 10日前	月 日 ()				
発症 9日前	月 日 ()				
発症 8日前	月 日 ()				
発症 7日前	月 日 ()				
発症 6日前	月 日 ()				
発症 5日前	月 日 ()				
発症 4日前	月 日 ()				
発症 3日前	月 日 ()				
発症 2日前	月 日 ()				

※本調査は、感染の可能性を推定するために発症10日前から発症2日前までの行動を記録するものである。

新型インフルエンザ接触者名簿

No.	接触者氏名	性別	年齢	住所	電話番号	最終接触日	患者氏名		備考
							接触場所	I D	
1						/			
2						/			
3						/			
4						/			
5						/			
6						/			
7						/			
8						/			
9						/			
10									

※欄が不足する場合は、適宜、行を追加して記入すること。

新型インフルエンザ接触者調査票

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：
	調査日時： 年 月 日 時	調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2	接触者番号：	3 接触者居住地保健所：
4	接触患者発生届受理番号：	5 患者居住地保健所：

接触者詳細

6	氏名：	7	性別： 男 ・ 女
8	生年月日： 年 月 日	9	年齢： 歳
10	住所：		
11	電話番号：		
12	職業（勤務先）：		
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： -
17	同居人の状況		
	氏名1	続柄	年齢 歳
	氏名2	続柄	年齢 歳
	氏名3	続柄	年齢 歳
18	患者との接触状況（日付、場所、接触内容）		
19	患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃		
20	接触時感染防御： <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		

接触者の調査時の状態

21	体温：（ ）℃ → 38℃以上の発熱： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
22	呼吸器症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・低酸素症・その他（ ）		
23	消化器症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐・腹痛・その他（ ）		
24	発熱・呼吸器症状以外の症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 頭痛・筋肉痛・関節痛・全身倦怠感 ・その他（ ）		
25	検査医療機関：		
	主治医：	電話番号： -	
26	検査所見：血算（ 月 日）：白血球 赤血球 血小板 その他（ ）		
27	抗原検査（ 月 日）： <input type="checkbox"/> 陽性（A型・B型・AB不明） <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施		
28	胸部レントゲン（ 月 日）：所見（ ）		
29	ウイルス分離・同定（ 月 日）検体材料（ ）： <input type="checkbox"/> 陽性（亜型 ） <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中		
30	RT-PCR検査（ 月 日）検体材料（ ）： <input type="checkbox"/> 陽性（亜型 ） <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中		
31	血清抗体価（ 月 日）検査法（ ）： <input type="checkbox"/> 実施（抗体価 倍） <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> 未実施		

※21～24は必須。検査についてはわかる範囲で記載。

新型インフルエンザ接触者モニタリング票

接触者番号：

氏名：

患者との最終接触日時：

年 月 日 時頃

連絡先：自宅

携帯：

接触から	日付	確認手段	体温 ℃	予防内服	呼吸器症状	呼吸器以外の症状	確認者
0日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
1日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
2日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
3日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
4日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
5日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
6日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
7日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
8日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
9日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
10日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	

担当者名：

体温記録用紙

- 新型インフルエンザの潜伏期間は、最長でも10日以内といわれています。
- 接触があった日から10日間、38度以上の急な発熱、呼吸器症状、下痢症状がなければほぼ感染はなく、他への感染力もないと思います。
- 無症状であれば、接触があった日から10日間についても平常通りの生活が可能です。
ただし、できるだけ外出などは控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行ってくださるようお願いいたします。
もし、気になる症状が現れた時は、速やかに最寄りの保健所へご連絡ください。

接触者番号：

氏名：

住所：

自宅電話：

-

携帯電話：

-

患者との最終接触日時：

年

月

日

時頃

接触から	日付	測定時間	体温 ℃	予防 内服	症状(咽頭痛・咳・痰・呼吸 困難・下痢・腹痛等)	備考欄 (行き先等)
0日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
1日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
2日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
3日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
4日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
5日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
6日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
7日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
8日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
9日		朝		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	
10日		朝		<input type="checkbox"/> 有	s <input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()	

問合せ先：

保健所

課 担当

電話：

-

新型インフルエンザ相談票

		対応者名	
相談日時	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分	相談手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日	M T S H 年 月 日
		住所	
		職業	
相談者氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡先	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 相談者		
健康状態の確認		相談内容	
1 発生国への渡航歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【ある場合】 (1) 渡航時期 月 日 ~ 月 日 (2) 渡航国 (発生国の情報は随時更新) (3) 発生状況		1 受診勧奨 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 勧奨医療機関名 () 2 受診指導 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 医療機関への事前連絡 <input type="checkbox"/> マスク (不織布製) の着用 <input type="checkbox"/> 受診方法 → <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 公共交通機関は使用しないこと 3 患者搬送 <input type="checkbox"/> 要請 <input type="checkbox"/> 不要	
2 患者との接触状況 (1) 接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【ある場合】 <input type="checkbox"/> 10日以内の接触 <input type="checkbox"/> それ以外 (2) 接触した患者の状態 (3) 場所 <input type="checkbox"/> 国内 ↓ <input type="checkbox"/> 国外 ↓ 【具体的な場所】 ()			
3 症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【ある場合】 (1) 発症 月 日から (2) 発熱 <input type="checkbox"/> あり (°C) <input type="checkbox"/> なし (3) 咳等 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・激しい咳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・呼吸困難 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (4) その他 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
4 受診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【ある場合】 (1) 初診 月 日 (2) 医療機関名 (3) 投薬 (解熱剤) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
備考	(受診確認等) 勧奨医療機関名 () <input type="checkbox"/> 受診確認 (受診年月日・時刻 年 月 日 時頃)		

新型インフルエンザ検査依頼書

患者氏名	(男・女) 歳
検査材料	
発病年月日	平成 年 月 日
検査材料採取年月日	平成 年 月 日
検査目的	
(備考)	

上記のとおり検査を依頼します。

平成 年 月 日

依頼者： 保健所長

環境保健センター所長 殿

新型インフルエンザ検査票

患者	性別	男 ・ 女	氏名		環境保健センター 受付日	
	年齢	歳 ヶ月			環境保健センター 受付番号	

[主治医等記載欄]

医療機関名及び 主治医等医師名 (記載者)					
検体送付日	年 月 日	分離株 (無 有 検査中)			
診断名					
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 もの一つを ○で囲んで ください]	<ul style="list-style-type: none"> ・ふん便 (←腸内容物、直腸ぬぐい液) ・喀痰 ・ 気管吸引液 ・咽頭ぬぐい液 (←うがい液、鼻汁) ・結膜ぬぐい液 (←結膜擦過物、眼脂) ・細胞診、生検、培養材料 (臓器) ・血液 (←全血、血清、血漿、抗凝固剤 []) ・吐物 ・ 髄液 ・ 尿 ・穿刺液 (腹水、胸水、関節液、その他) ・皮膚病巣 (←水疱内容 痂皮 創傷) ・陰部尿道頸管擦過物/分泌物 ・その他 [] 			
臨床的 事項	臨床症状・徴 候等 [該当する もの一つを ○で囲んで ください] (基礎疾患 を除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・無症状 (←健康者) ・頭痛 ・ 発熱 (最高 ℃) ・熱性けいれん ・ 関節痛、筋肉痛 ・口内炎 ・ 上気道炎 ・ 下気道炎 (肺炎、気管支炎) ・水疱 ・ 発しん (丘しん、紅斑、バラしん) ・出血傾向 (←紫斑病、出血熱) ※全身性のもの ・リンパ節腫脹 (部位) ・ 浮腫 (部位) ・唾液腺腫脹 (←耳下腺炎、顎下腺炎) ・その他の症状 (上記以外の症状や臨床兆候) 			
	基礎疾患	転 帰	経過観察中 軽快 治癒 死亡 (原因)		

主治医から環境保健センターへの連絡事項

[保健所等記載欄] (主治医記載可)		全数届出番号	保健所コード	西暦	ID
発生の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・散発 ・ 地域流行 ・ 家族内発生 (無 有) ・集団発生 (無 有) 有の場合→ (保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舎・寮、病院、老人ホーム、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、その他 []) 				
最近の海外渡航歴	国名		期間	年 月 日~	年 月 日
ワクチン接種歴	ワクチン名		最近の接 種年月日		

[環境保健センター記載欄]

記載者名					
抗体検出 方法 結果	蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他				
検出年月日	年 月 日				
	検出方法 [陽性となった方 法を○で囲んで ください]	<ul style="list-style-type: none"> ・分離培養 培養細胞：細胞名① [: 代]、② [: 代] 人工培地、発育鶏卵、動物、その他 () ・抗原検出等 (蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC、その他) ・遺伝子検出：非増幅 [ハイブリ、PAGE、その他] 増幅 [PCR、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他] 			
	検出病原体 (群、型、亜型)				

注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。注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。注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、環境保健センターへの分離株の送付をお願いします。

(文書番号)
平成 年 月 日

新型インフルエンザ検査結果票

殿

環境保健センター所長
(公印省略)

平成 年 月 日付けで依頼のあった標記については、下記のとおりです。

記

検査目的	新型インフルエンザウイルス遺伝子検査				
検査法					
検体受領	平成	年	月	日	検査終了 平成 年 月 日
検体番号	患者氏名	受付月日	検体の種類	検査結果 (検査方法)	備考
-					
備考					検査担当

抗インフルエンザウイルス薬の予防投与に係る診療録

診断名	<input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ疑い		
診断年月日	平成 年 月 日	診断医師名	印
氏名		性別	男 ・ 女
住所			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳	職業	
接触歴 ※該当するものに☑ (以下同じ)	年 月 日 延 時間		
	接触時の状況 _____		
	接触の距離 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 1m未満 <input type="checkbox"/> 1～2m <input type="checkbox"/> 2m以上 接触の場所 <input type="checkbox"/> 屋内 () 広さ 約 m ² ・坪 <input type="checkbox"/> 屋外 防護具着用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> サージカルマスク <input type="checkbox"/> N95マスク <input type="checkbox"/> ゴーグル <input type="checkbox"/> 手袋 <input type="checkbox"/> ガウン <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> キャップ		
抗インフルエンザ薬 問診票確認	<input type="checkbox"/> 済み		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:)		
現病歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:)		
内服の判定	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる		
対象者への説明	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 内服可能な場合 <input type="checkbox"/> 内服方法 <input type="checkbox"/> 日常生活の注意 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 副作用等出現時の連絡先 <input type="checkbox"/> 見合わせた場合 <input type="checkbox"/> 見合わせた理由 () <input type="checkbox"/> インフルエンザの症状 <input type="checkbox"/> 主治医への受診を勧奨 <input type="checkbox"/> 主治医に対し、予防投与の決定及び実施を委託 <input type="checkbox"/> 症状等出現時の連絡先		
処方内容	<input type="checkbox"/> タミフルカプセル75 1日 1回 カプセル 日間 <input type="checkbox"/> タミフルドライシロップ3% 1日 1回 mg 日間 <input type="checkbox"/> リレンザ 1日 1回 ブリスター 日間		
その他特記事項	症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 紹介医療機関名 () <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 熱感・悪寒 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> その他 ()		

抗インフルエンザウイルス薬の予防投与に係る問診票

住所		体温	℃
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)	体重	kg

質問事項	回答欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
1. 抗インフルエンザウイルス薬の予防内服について説明文を読んで、効果や副作用について理解しましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 現在、何かの病気で、医療機関で治療を受けていますか 病名 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったことがありますか 病名 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 今日、体の具合の悪いところがありますか あれば具体的に ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 妊娠や授乳をしていますか <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 授乳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. アレルギー体質といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 今まで、服薬した薬によって、アレルギーが起きたことがありますか ①症状 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他 () ②服薬した薬 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 慢性呼吸器疾患（喘息、慢性閉塞性肺疾患等）といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 腎機能が低下しているといわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 免疫不全といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 1週間以内にインフルエンザと診断されたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 今年、インフルエンザワクチンの予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

医師記入欄	問診及び診察の結果、今回の予防内服は <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる (<input type="checkbox"/> 主治医に紹介)
	平成 年 月 日 医師署名 _____

抗インフルエンザウイルス薬の予防投与に係る同意書

平成 年 月 日

青森県知事 様

住所

氏名

保護者氏名

※未成年者の場合は保護者名も記載してください。

私は、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与について、担当医師の問診に対し、可能な限り、正確に回答しました。

また、医師からは、効果と副作用について、十分説明を受けました。

私は、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を受けることに同意します。

医師記入欄	薬品名
	数量 1日 回 日分
	用法・用量 (朝・昼・夕) 食後に1回 (カプセル・ブリストア)