

新型インフルエンザ電話相談票

		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・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			
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			
		1 受診勧奨 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 勧奨医療機関名 (外来診療機関) 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	
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症例情報調査票

1 保健所：	調査者名：
2 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（ ）	
3 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（ ）	
調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -	
4 感染症発生届受理番号：	5 患者居住地保健所：
6 届出医療機関名：	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 届出受理日時：平成（西暦）年 月 日 時 分	11 届出受理自治体： 都・道・府・県・市
12 届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14 患者氏名：	15 性別： 男 ・ 女
	16 生年月日： 年 月 日（ ）歳
17 患者住所：	
18 患者電話番号：自宅： - - 携帯： - -	
19 職業・業種・学校等： 最終勤務・出席日（ 年 月 日）（※児童生徒の場合、所属クラス等詳細に記入すること）	
20 勤務先／学校名： 勤務先／学校所在地：	
21 勤務先／学校電話番号： - -	
22 届出受理日現在の患者所在地： <input type="checkbox"/> 届出医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明	
23 連絡先電話番号：自宅 - - 携帯 - -	
24 同居者（氏名）（続柄）（生年月日） ① 年 月 日（ ）歳 ② 年 月 日（ ）歳 ③ 年 月 日（ ）歳 ④ 年 月 日（ ）歳 ⑤ 年 月 日（ ）歳 ⑥ 年 月 日（ ）歳	25 本人以外の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 自宅： - - 携帯： - -
26 <input type="checkbox"/> 38度以上の発熱	（ 年 月 日）
27 <input type="checkbox"/> 咳	（ 年 月 日）
28 <input type="checkbox"/> 咽頭痛	（ 年 月 日）
29 <input type="checkbox"/> 息苦しさ・呼吸困難感	（ 年 月 日）
30 <input type="checkbox"/> 下痢	（ 年 月 日）
31 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感	（ 年 月 日）
32 <input type="checkbox"/> 意識混濁	（ 年 月 日）
33 <input type="checkbox"/> その他1（ ）	（ 年 月 日）
34 <input type="checkbox"/> その他2（ ）	（ 年 月 日）

61 入院日： 年 月 日	62 退院日： 年 月 日	63 死亡日： 年 月 日
検査項目	検査値または所見	検査日
64 胸部×線	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	年 月 日
65 胸部CT	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	年 月 日
66 白血球数	/μL	年 月 日
67 リンパ球	% (/μL)	年 月 日
68 血小板数	/μL	年 月 日
69 CRP	mg/dl	年 月 日
70 その他		年 月 日

71 調査時の状態
72 総合所見： <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽～中等症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
判定
73 <input type="checkbox"/> 確定診断 年 月 日
74 <input type="checkbox"/> 疑似症 年 月 日
75 <input type="checkbox"/> 疑似症に該当する患者 年 月 日
76 <input type="checkbox"/> 保留 年 月 日
77 症例棄却 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 理由
78 初回調査後の経過

※患者の行動及び接触者調査については、別添の調査票を用いる。

インフルエンザ特異的検査結果					
79 抗原検査 (迅速検査)		<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査未実施	検体採取日: 年 月 日 結果判定日: 年 月 日		
	検体材料	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設	
80 RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()		
81 RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()		
82 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			
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設	
83 血清抗体 <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			
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設	
84 追加・その他		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			

*欄は、該当項目にシを付すること。

インフルエンザ以外の病原体検査結果			
85 アデノウイルス抗原		+ ・ - ・ 未実施	年 月 日
86 RSウイルス抗原		+ ・ - ・ 未実施	年 月 日
87 その他			年 月 日
			年 月 日

新型インフルエンザ症例行動調査票（発症前・発症時・発症〇日後）
 （患者、疑似症患者、疑似症患者に該当する患者）

様式3-1

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

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)	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 8:30 9:00頃 10:00頃 12:00頃 17:00頃 18:00頃	<ul style="list-style-type: none"> 自宅 A病院 B電鉄X駅 B電鉄Y駅 C株式会社 D飲食店 B電鉄Y駅、X駅 自宅 	<ul style="list-style-type: none"> 夜中から悪寒あり、朝は熱が出ていた 自宅を出て、A医院受診 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株式会社へ入社 D飲食店で昼食 B電鉄Y駅から17:30Q駅行き急行に乗車、18:00X駅で下車 帰宅 	<ul style="list-style-type: none"> S K 28歳女（配偶者、Eスーパーマーケット） 子 3歳男（〇保育園） T M 58歳男 (かかりつけ医、医師) C株式会社F課 8人 D飲食店の店員 B電鉄職員 	<ul style="list-style-type: none"> X市Z町… X市Z町… Y市W町… 〃 〃 	<ul style="list-style-type: none"> 0XX-XX-XXXX 090-XXXX-XXXX 0XXXX-XX-XXXX 090-XXXX-XXXX 0XX-XXX-XXXX (C株式会社) 0XX-XXX-XXXX (D飲食店) 0XX-XXX-XXXX (B電鉄)
発症（1日前、発症時、発症〇日）	月 日 ()						

備考：

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

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調査票

1 調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 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：M T S H 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（ ）	

(1 4～1 6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 人	
氏名1 続柄 年齢 歳	氏名4 続柄 年齢 歳
氏名2 続柄 年齢 歳	氏名5 続柄 年齢 歳
氏名3 続柄 年齢 歳	氏名6 続柄 年齢 歳
18 患者又は鳥との接触状況（日付、場所、接触内容を記載）	

19 患者又は鳥との最終接触日時： 年 月 日 時頃
20 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 <input type="checkbox"/> 軽度接触者 <input type="checkbox"/> 疑似症患者に該当する者との接触
21 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

22 体温：（ ）℃ →3 8℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
23 呼吸器症状： <input type="checkbox"/> なし ；咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・低酸素症・その他（ ） <input type="checkbox"/> あり
24 消化器症状： <input type="checkbox"/> なし ；下痢・嘔吐・腹痛・その他（ ） <input type="checkbox"/> あり
25 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 その他の症状（ ）
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・A B不明） ・陰性 ・未実施
胸部エックス線（ 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
R T - P C R検査（ 月 日）：陽性（亜型 ） ・陰性 ・検査中
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わかっている場合は記載のこと。検査所見日付は、検体採取日。

新型インフルエンザ接触者モニタリング票

様式4-2

接触者番号： _____ 氏名： _____
 患者との最終接触日時： _____年 _____月 _____日 _____時 _____分

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

連絡先： 自宅 — —
 携帯 — —

担当者名： _____

体温記録用紙

- 新型/鳥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われます。
- 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どお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：

住所：

氏名：

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・嘔吐・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	<input type="checkbox"/> なし	
		夕		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり ()	

問合せ先：〇〇保健所〇〇課 担当

電話： - -

新型インフルエンザ検査依頼書

様式5-1

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：

環境保健センター所長 殿

新型インフルエンザ検査票 (病原体)

患者	性別	男・女	氏名		衛研受付日	
	年齢	歳 ヵ月			衛研受付番号	

[主治医等記載欄]

医療機関等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 [該当するものを一つを○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、刮検材料 (臓器) 血液 (←全血、血清、血漿、抗凝固剤 [) 	<ul style="list-style-type: none"> 吐物 ・ 髄液 ・ 尿 穿刺液 (腹水、胸水、関節液、その他) 皮膚病巣 (←水泡内容、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 [該当するものを全てを○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 °C) 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) 水泡 ・ 発しん (丘しん、紅斑、パラしん) 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ショック症状 (←低血圧、循環不全) 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 ・ 意識障害 ・ 麻痺 (部位) 脳炎 ・ 脳症 ・ 脊髄炎 中枢神経系症状 (その他) 循環器障害 (←心筋炎、心膜炎、心不全) 黄疸 ・ 肝機能障害 ・ HUS 腎機能障害 (血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) 尿路生殖器症状 				
	基礎疾患		転 帰	経過観察中 軽快 治癒 死亡 (原因)			
主治医等から地方衛生研究所への連絡事項							

[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、宿舍・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	年 月 日

[地方衛生検査所記載欄]

記載者名			
抗体検出	方法結果	蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他	
病原体検出	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、地方衛生検査所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	

鳥インフルエンザ発生届

及び

インフルエンザ（H5N1）発生届

都道府県知事（保健所設置市・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）（インフルエンザ（H5N1）を指定感染症として定める等の政令第2条において準用する場合を含む。）の規定により、高病原性鳥インフルエンザ発生届とインフルエンザ（H5N1）発生届を併せて以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地（※） _____

電話番号（※） () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例）		・疑似症患者		・感染症死亡者の死体
・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ 月）	6 当該者職業
7 当該者住所 電話（ ） -				
8 当該者所在地 電話（ ） -				
9 保護者氏名	10 保護者住所（9、10は患者が未成年の場合のみ記入） 電話（ ） -			

11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・その他（ ） ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・飛沫核（感染源の種類・状況） 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況） 3 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況） 4 その他（ ） ②感染地域（確定・推定） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域）
	12 診断方法 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） H亜型：H5 N亜型：（ ） ・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） HN型：H5N1	
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断（検案※）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日（※）	平成 年 月 日	
17 死亡年月日（※）	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに発行してください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
(※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(※) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

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 ※以下、該当するものに <input type="checkbox"/>	年 月 日 延 時間 接触時の状況 <hr/> 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(タイベック等) <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:)		
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	タミフル(75mg) 1C 1日 1回 10日間 内服 タミフルドライシロップ mg 1日 1回 日間 リレンザ 2ブリスター 1日 1回 10日間 吸入		
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

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	はい	いいえ	
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()	いいえ	はい	
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()	いいえ	はい	
4. 今日、体の具合の悪いところはありますか あれば具体的に()	いいえ	はい	
5. 妊娠や授乳をしていますか <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 授乳	いいえ	はい	
6. アレルギー体質または、喘息といわれたことがありますか <input type="checkbox"/> アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 喘息	いいえ	はい	
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()	いいえ	はい	
8. リウマチなどの慢性の病気はありますか	いいえ	はい	
9. 心臓・肝臓・腎臓・血液疾患などの病気はありますか 病名()	いいえ	はい	
10. 免疫不全といわれたことがありますか。	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	

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意思確認・受領書

平成 年 月 日

青森県知事 三村 申吾 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。

その結果、以下のとおり、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与について、私の意思を表示します。

※ 以下の当てはまる部分に丸をつけ、必要に応じて記載してください。

- ① 私は、予防投与を受けることに同意し、下記の抗インフルエンザウイルス薬を医師の指示に従って、適切に服用します。

薬剤名 _____

数量 _____

服用方法 1日 回 _____ カプセル ブリスター mg 日間

- ② 私は、予防投与を受けることに同意しません。

受領確認欄

私は、上記の抗インフルエンザウイルス薬を受領しました。

受領印 (印) またはサイン _____

保護者氏名 _____

未成年者の場合は保護者も記載してください。

<注意書き「タミフルの予防投与を受けられる方へ」「リレンザの予防投与を受けられる方へ」は別途作成>