

インフルエンザ・インフルエンザ様疾患検査票 (病原体)

患者	性別	(男 ・ 女)
	年齢	(歳 カ月)

定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。
インフルエンザ定点 ・ 小児科定点 ・ 基幹定点

[主治医等記載欄]

医療機関等名及び 主治医等医師名		検体識別記号等
検体送付日	年 月 日	
診断名	インフルエンザ (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 様疾患 <input type="checkbox"/> その他 [)	
発病日	年 月 日	
検査材料	採取年月日 年 月 日	
検査材料	<input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液 <input type="checkbox"/> うがい液 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 気管吸引液 <input type="checkbox"/> その他 ()	
臨床的 事項	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 (<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛) <input type="checkbox"/> 発熱 (最高体温 : °C) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 関節痛 (炎) <input type="checkbox"/> 筋肉痛 (筋炎) <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 上気道炎 (<input type="checkbox"/> 咽頭炎 (痛) <input type="checkbox"/> 気扁桃炎) <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 脳症 <input type="checkbox"/> 脊髄炎 <input type="checkbox"/> 下気道炎 (<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎) <input type="checkbox"/> ショック症状 (<input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 循環不全) <input type="checkbox"/> その他の症状 (上記以外の症状や臨床徴候) []	
基礎疾患		
転 帰	<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 後遺症有り <input type="checkbox"/> 死亡 (原因)	
外来・入院の別	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	
迅速キット使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : メーカー名 () : 判定結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 保留	
抗インフルエンザ薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 薬剤名 () : 投与開始日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 予防投与 <input type="checkbox"/> 治療投与	
主治医等からの埼玉県衛生研究所への連絡事項		

[主治医・保健所等記載欄]

発 生 の 状 況	発生市区町村 ()	
	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 集団発生の場所 : <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 宿舍、寮 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人ホーム [介護施設を含む] <input type="checkbox"/> 福祉、養護施設 <input type="checkbox"/> 旅館、ホテル <input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 海外ツアー <input type="checkbox"/> 国内ツアー <input type="checkbox"/> その他 ()	
最近の海外渡航歴	有 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (国名 :)
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
インフルエンザ ワクチン接種歴	(無、有、不明) ワクチン名 最近の接種年月日 年 月 日 (Lot No.)	

[埼玉県衛生研究所記載欄]

記載者名		
病原体検出	検出年月日	令和 年 月 日
	検出方法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離培養（培養細胞：細胞名 []) ・遺伝子検出（増幅 [リアルタイムPCR、PCR+シーケンス、その他])
	検出病原体 (群、型、亜型)	

[その他特記事項]

注) 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。