

(添付3)

麻しん患者との接触者調査票（案）

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NESID登録ID：	5	患者居住地保健所：

回答者情報

6	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→本人との関係（ ） ※本人以外の時にのみ下欄の7, 8, 9に記入
7	回答者氏名：
8	回答者住所：
9	回答者電話番号： 自宅： - - 携帯： - -

接触者詳細

10	氏名：	11	性別：	12	患者との関係：
13	生年月日： M T S H 年 月 日	14	年齢：		
15	住所：				
16	電話番号： 自宅： - - 携帯： - -				
17	職業(勤務先、学校、幼稚園、保育所等)：				
18	麻しん罹患歴（母子健康手帳による記録の確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり 年齢： 歳、診断日： 年 月 日 医療機関名：				
19	麻しん含有ワクチン接種歴（母子健康手帳による記録の確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）				
	1回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日・不明） 製造会社 / Lot番号（ / ・不明）				
	2回目 有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日・不明） 製造会社 / Lot番号（ / ・不明）				
20	患者との接触状況（日付、場所、接触内容を記載）				

接触者の調査時の状態（必須記載）

21	体温：（ °C）→ 37.5°C以上の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
22	カタル症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：咳嗽・鼻汁・結膜充血・その他（ ）
23	発疹： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：頭部・体部・四肢・全身
24	上記以外の症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状（ ）
医療機関受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医療機関名（ ） 電話（ ） 主治医（ ） 診断名 検査： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：ウイルス検出・血液検査	

麻しん接触者モニタリング票（案）

接触者番号：

氏名：

麻しん患者との最終接触日時：

年 月 日 時ごろ

最終接触より	日付	連絡手段	測定時間	体温	カタル症状	発疹	確認者
0日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
1日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
2日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
3日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
4日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
5日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
6日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
7日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
8日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
9日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
10日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
11日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
12日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
13日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
14日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	

連絡先： 自宅：

- -

担当者名：

携帯：

- -

25

麻しん発病予防として実施された対策について（緊急ワクチン接種、ガンマグロブリン投与等）：

あり

なし

不明



ありの場合は、その内容の詳細、実施日時や機関等について以下の空欄に記載すること