

様式1

医療機関においては太枠内の記載をお願いします。

麻疹症例 基本情報・臨床情報調査票

|    |  |   |                       |
|----|--|---|-----------------------|
| 1  | 診断分類: 1)麻しん(検査診断例) 2)麻しん(臨床診断例) 3)修飾麻しん(検査診断例)                                   |   |                       |
| 2  | 調査担当保健所名:  | 調査者氏名:  |                       |
| 3  | 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( ) |                       |
| 4  | 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:                 |
| 5  | 感染症発生届出受理番号:   | 6   | 患者居住地保健所:             |
| 7  | 届出医療機関名:   |   | 8 届出医療機関主治医名:         |
| 9  | 届出医療機関所在地:   |   | 10 届出医療機関電話番号:        |
| 11 | 届出受理日時:平成 (西暦 )年<br>月 日 時 分  |   | 12 届出受理自治体<br>新潟県・新潟市 |
| 13 | 届出受理保健所:   | 保健所   | 14 届出受理担当者            |

|    |   |           |         |                      |                 |
|----|---|-----------|---------|----------------------|-----------------|
| 15 | 患者氏名:   | 16        | 性別: 男 女 | 17                   | 生年月日: 年 月 日( 歳) |
| 18 | 患者住所:   |           |         |                      |                 |
| 19 | 患者電話番号:   | 自宅電話:     | 携帯電話:   |                      |                 |
| 20 | 職業・職種・学校(幼稚園、保育所等を含む):<br>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)   |           |         |                      |                 |
| 21 | 勤務先/学校名 :   |           |         |                      |                 |
|    | 勤務先/学校所在地 :   |           |         |                      |                 |
| 22 | 勤務先/学校電話番号:   |           |         |                      |                 |
| 23 | 届出受理日現在の患者の主たる所在場所 ( )<br><input type="checkbox"/> 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<br>所在地電話番号: |           |         |                      |                 |
| 24 | 同居者 (氏名) (続柄) (生年月日)  |           |         | 25:所属施設(職場や幼稚園、学校など) |                 |
|    | 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) |         |                      |                 |
| 26 | 本人以外(保護者等)の連絡先<br>氏名: 本人との関係:<br>住所:<br>電話番号: 自宅電話: 携帯電話:   |           |         |                      |                 |

|                                     |  |   |            |        |            |
|-------------------------------------|--|---|------------|--------|------------|
| 27                                  | 発症日時:  | 年   | 月          | 日      | 時          |
| 28                                  | 臨床診断日:   | 年   | 月          | 日      |            |
| 29                                  | 検査診断日:   | 年   | 月          | 日      |            |
| 30                                  | 初診:  | 年   | 月          | 日      | 時          |
| 31                                  | 医療機関名:   | 主治医:  |            |        |            |
| 32                                  | 感染推定日:   | 年   | 月          | 日      |            |
| 33                                  | 感染源:   |   |            |        |            |
| 症 状 (症状の有無を○で囲む。また症状が出現した年月日を記載する。) |  |   |            |        |            |
| 34                                  | 37.5 度以上の発熱  | ( 無・有 )   | ( 年 月 日 )  | から     | ( 年 月 日 )  |
| 35                                  | 最高体温   | ℃   | ( 年 月 日 )  |        |            |
| 36                                  | 咳嗽   | ( 無・有 )   | ( 年 月 日 )  | から     |            |
| 37                                  | 鼻汁   | ( 無・有 )   | ( 年 月 日 )  | から     |            |
| 38                                  | 結膜充血   | ( 無・有 )   | ( 年 月 日 )  | から     |            |
| 39                                  | コプリック斑   | ( 無・有 )   | ( 年 月 日 )  | から     |            |
| 40                                  | 発疹: 頭部 退部 四肢 全身  | 無 有   | ( 年 月 日 )  | から     |            |
| 41                                  | 色素沈着   | ( 無・有 )   | ( 年 月 日 )  | から     |            |
| 42                                  | その他(   | ( 年 月 日 )   |            |        |            |
| 43                                  | 現病歴  |   |            |        |            |
| 44                                  | 入院: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  | 45  | 入院医療機関名:   |        |            |
| 46                                  | 診療科名:  | 46  | 主治医名:      |        |            |
| 48                                  | 入院医療機関所在地:   | 電話:   |            |        |            |
| 49                                  | 入院日: 年 月 日   | 50  | 退院日: 年 月 日 | 51     | 死亡日: 年 月 日 |
| 52                                  | 麻しんり患歴(母子健康手帳等の記録による確認が望ましい)   |   |            |        |            |
|                                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明  | 母子健康手帳による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |            |        |            |
|                                     | <input type="checkbox"/> あり 年齢: 歳  | 診断日:  | 年 月 日      | 医療機関名: |            |
| 53                                  | 麻しん含有ワクチン接種歴(母子健康手帳等の記録による確認が望ましい)   |   |            |        |            |
|                                     | 1回目 <input type="checkbox"/> あり ( 歳) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                                     | 母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |            |        |            |
|                                     | ワクチンの種類 ( <input type="checkbox"/> 麻しん単抗原 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> 不明 ) |   |            |        |            |
|                                     | 接種年月日 ( 年 月 日 ・ 不明 )   |   |            |        |            |
|                                     | 製造会社/Lot 番号 ( / ・ 不明 )   |   |            |        |            |
|                                     | 2回目 <input type="checkbox"/> あり ( 歳) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                                     | 母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |            |        |            |
|                                     | ワクチンの種類 ( <input type="checkbox"/> 麻しん単抗原 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> 不明 ) |   |            |        |            |
|                                     | 接種年月日 ( 年 月 日 ・ 不明 )   |   |            |        |            |
|                                     | 製造会社/Lot 番号 ( / ・ 不明 )   |   |            |        |            |

|                    |   | 麻しん特異的検査結果  |   |     |     |        |           |  |   |   |
|--------------------|---|---|---|-----|-----|--------|-----------|--|---|---|
|                    |   | 検体材料  | 検体採取・結果判定日  |     | 結果  | 検査実施施設 |           |  |   |   |
| 54                 | ウイルス遺伝子検査*  |   | 採取:   | 年   | 月   | 日      | 陰性 陽性 検査中 |  |   |   |
|                    |   |   | 判定:   | 年   | 月   | 日      | その他( )    |  |   |   |
|                    | <input type="checkbox"/> 実施<br><input type="checkbox"/> 未実施 |   | 採取:   | 年   | 月   | 日      | 陰性 陽性 検査中 |  |   |   |
|                    |   |   | 判定:   | 年   | 月   | 日      | その他( )    |  |   |   |
| *RT-PCR、RT-LAMP など |   |   |   |     |     |        |           |  |   |   |
| 55                 | ウイルス分離同定  |   | 採取:   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    |   |   | 判定:   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    | <input type="checkbox"/> 実施<br><input type="checkbox"/> 未実施 |   | 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 |           |  |   |   |
| 56                 | 血清抗体検査<br>EIA   | IgM   | 採取:   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    |   |   | 判定:   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    |   | <input type="checkbox"/> 実施<br><input type="checkbox"/> 未実施 | IgM   | 採取: | 年   | 月      | 日         |  |   |   |
|                    | 判定:   |   |   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    |   | IgM   | 採取:   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    |   |   | IgG   | 採取: | 年   | 月      |           |  | 日 |   |
| 判定:                |   |   |   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
| 57                 | 血清抗体検査<br>PA、NT、HI 等  |   | 採取:   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    |   |   | 判定:   | 年   | 月   | 日      |           |  |   |   |
|                    |   |   | <input type="checkbox"/> 実施<br><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 |           |  |   |   |
| 58                 | 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   |     |        |           |  |   |   |

|    |  |
|----|--|
| 59 | 初回調査後の経過   |
| 60 | 合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名: 診断日 年 月 日)<br>(診断名: 診断日 年 月 日)<br>(診断名: 診断日 年 月 日) |
| 61 | 転帰: 外来治療で回復、入院治療で回復、後遺症あり*、死亡*、麻しんを否定<br>*後遺症・死亡に関する具体的情報(状態・診断名、死因など)   |
| 62 | 最終診断名:   |
| 63 | 自由記載欄  |

| 64   | 麻しんが否定された場合の、麻しん以外の病原体検査結果  |       |      |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|-------|------|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|      | <p>風疹ウイルス</p> <p>ウイルス遺伝子検査 未実施 ・実施( 年 月 日) 結果</p> <p>ウイルス分離同定 未実施 ・実施( 年 月 日) 結果</p> <p>血清抗体検査: EIA・HI 未実施 ・実施( 年 月 日) 結果</p> <p>EIA・HI 未実施 ・実施( 年 月 日) 結果</p> <p>EIA・HI 未実施 ・実施( 年 月 日) 結果</p> <p>その他検査( ) 未実施 ・実施( 年 月 日) 結果</p> <p>その他の病原体検査結果</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病原体名</th> <th>検査種類</th> <th>実施年月日</th> <th>結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | 病原体名  | 検査種類 | 実施年月日 | 結果 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病原体名 | 検査種類  | 実施年月日 | 結果   |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |       |      |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |       |      |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |       |      |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |       |      |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |