

記載日 年 月 日

病院・診療所名
(連絡先)

記載医師氏名

フリガナ 患者氏名	入院・外来の別		・入院	・外来
	生年月日		年	月 日
患者住所	患者連絡先		自宅 携帯	
職業・職場名 (学生等は学校名等)	職場等連絡先 (担当者)			
ワクチン接種歴 (麻しん, 風しん, MRなど)	・ 年 月 日 () ワクチン	麻しん, 風しんの 既往	・ 有り → 何歳ごろ, 何に?	
	・ 年 月 日 () ワクチン		・ 無し	
	・ 年 月 日 () ワクチン		・ 不明	
	・ 年 月 日 () ワクチン			

・患者家族等(家族構成, 行き来のある親族など。同居, 別居の別がわかるように。麻しん/風しんの既往, 予防接種歴の有無についてもわかれば記載)

・麻しん/風しん等抗体検査(結果未着の場合、結果がわかり次第、保健所まで連絡してください):保健所経由では、検査できません

検査実施の有無	・有り	・無し	・今後予定有り	・今後予定無し	あてはまるものに○をつけて下さい
有りの場合 採血日	①	月 日	②	月 日	
疾患(ウイルス)名					
検査項目(IgM, IgGなど),					
検査方法(EIA, HI, PA, NTなど) *EIAはどちらも可。HIは風しん, PAとNTは麻しん。					
検査結果					

・経過(症状, 口腔内所見, リンパ節腫脹や関節痛の有無や部位, 経過中の他院受診歴:受診日・医療機関名について具体的に記載)

あてはまる症状に○	【経時的に経過を記載】
・発疹	
・発熱	
・咳嗽	
・鼻汁	
・下痢	
・嘔吐	
・耳痛	
・眼脂	
・結膜充血	
・口腔内所見	
・コプリック斑	
・軟口蓋 点状粘膜疹	
・リンパ節腫脹	
(部位:)	
・関節痛	
(部位:)	
・関節腫脹	
(部位:)	
・その他	
()	

・発病1週間前~3週間前の患者の行動(旅行や集会などへの参加状況, 麻しん/風しん/発疹・発熱・かぜ症状の患者との接触の有無など)

・発病1週間前から発病後現在までの行動(職場・学校・アルバイトその他、人との接触状況)

*記載していただいた先生には、必要時、保健所から問い合わせをさせていただくことがありますので、ご協力下さい。
患者さんやその保護者の方へは、保健所に情報提供をしたことと、今後保健所から問い合わせの電話が入る可能性がある旨をご説明下さい。