

麻しん・風しんの保健所連絡票兼検査依頼書

<患者について>

検査依頼日 年 月 日

患者氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日(歳 か月)
当該者住所 (市区町村まで)			所属名 (クラス名まで記載)	

※個人情報調査目的以外に使用いたしません。

麻しん既往歴	有 (年 月 日頃) ・ 無				
風しん既往歴	有 (年 月 日頃) ・ 無				
ワクチン接種歴 (分かる範囲で記載)	ワクチンの種類	接種年月日			
	MRワクチン	【1回目】	年 月 日	【2回目】	年 月 日
	麻しん単独ワクチン	【1回目】	年 月 日	【2回目】	年 月 日
	風しん単独ワクチン	【1回目】	年 月 日	【2回目】	年 月 日
海外渡航歴	有(年月日、場所など) ・ 無				
麻しん・風しん患者 との接触歴	有(年月日、接触の状況等) ・ 無				
周囲の発生状況	有(☐ 学校(小・中・高・大) ☐ 保育所・幼稚園等 ☐ 職場等 ☐ 家族 ☐ その他) ・ 無				

<病状について>

症状	・発熱 (度 分) ・鼻汁もしくは鼻閉 ・咽頭痛/咽頭炎 ・咳 ・結膜充血 ・眼脂 ・コプリック斑 ・発疹 ・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・小紅班や紅色丘疹 ・リンパ節腫脹 ・その他()				
検査実施状況	・(麻しん・風しん)IgM 抗体検査 ・(麻しん・風しん)ペア血清での抗体検査 ・その他()				
診断(疑い) 疾患名					
発病年月日	年 月 日	診断年月日	年 月 日		
検体採取年月日	年 月 日				
検体採取部位	・血液 ・尿 ・咽頭ぬぐい液 ・その他()				

<届出医療機関>

医療機関名	
届出医師名	
住所	TEL : ()

※発生届と併せて、本票をご提出ください。

※採取した検体容器に、必ず患者氏名を記載してください。(検体が特定できなくなる可能性があります。)