

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 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ（ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B） <input type="checkbox"/> COVID-19 <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 | |
| | 材料の種類 該当する□にチェックを入れてください <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： ℃） <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 | |
| 迅速キットの使用 | 【インフルエンザ】 <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 | |
| | 【COVID-19】 <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"/> 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"/> 散發 <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"/> 宿舎、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 （Lot No. ） | 最近の接種年月日 | 年 月 日 |
| COVID-19ワクチン接種歴 | （1回、2回、3回、4回、未接種、不明） ワクチン名 （Lot No. ） | 最近の接種年月日 | 年 月 日 |

[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 | 平成 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。