

[主治医・保健所等記載欄]

発生の状況	<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 院内感染 <input type="checkbox"/> 散発・ <input type="checkbox"/> 地域流行・ <input type="checkbox"/> 家族内発生 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)・ <input type="checkbox"/> 集団発生 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 発生市区町村 () (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
海外医療機関の受診歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (国名：)、 入院歴 ()	
ワクチン接種歴 (当該疾患に係るもの)	(無、有、不明)	
	ワクチン名 (Lot No.)	最近の接種年月日 年 月 日

* 医療機関（民間検査所含む）で病原体を分離した場合は衛生研究所への分離株の送付をお願いします

[埼玉県衛生研究所記載欄]

記 載 者 名		
抗体検出 方法	(蛍光、I P、E L I S A、C F、H I、P A、中和、イムノプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他)	
結果	()	
病原体検出	検 出 年 月 日	年 月 日
	検 出 方 法 [陽性となった方法を○で囲んで下さい]	・分離培養 (培養細胞：細胞名 [下記のとおり]) 人工培地、発育鶏卵、動物、その他) ・抗原検出 (蛍光、E I A、R P H A、L A、P A、I C [イムノクロマト]、凝集反応、その他) ・遺伝子検出 1. 非増幅 ([ハイブリ、P A G E、その他]) 2. 増幅 ([P C R、P C R+ハイブリ、P C R+シーケンス、L A M P、その他]) ・電顕 ・鏡検
	検 出 病 原 体 (群、型、亜型)	

[その他特記事項]

--