

新潟市 麻しん・風しん（疑い）患者調査票 （わかる範囲で記載してください）

送付先 保健所保健管理課 FAX:025-246-5672 (TEL:025-212-8123)

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	患者先 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 (種類:麻しん、風しん、MRなど)	麻しん、風しんの 既往	年 月 日 (種類) ワクチン	あり ⇨ ()歳のとき
		年 月 日 (種類) ワクチン	(麻しん・風しん)に
		年 月 日 (種類) ワクチン	なし
		年 月 日 (種類) ワクチン	不明

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	あり	なし	今後予定あり	今後予定なし	あてはまるものに○をつけて下さい
ありの場合 採血日	①	年	月	日	②
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)

以下のあてはまる症状に○	【経時的に経過を記載】
<ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・コプリック斑 ・軟口蓋 点状粘膜疹 ・リンパ節腫脹 <ul style="list-style-type: none"> (部位:) ・関節痛 <ul style="list-style-type: none"> (部位:) ・関節腫脹 <ul style="list-style-type: none"> (部位:) ・その他 <ul style="list-style-type: none"> () 	

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。