

(別添)

病原体検査依頼票

受付番号 No.

患者	被験者識別番号		性別	男 ・ 女
	年齢	(歳 か月 日) *1 か月未満は日齢を記入してください。		
	住所(市町名)		受診	外来 ・ 入院

[主治医等記載欄]

医療機関等名及び 主治医等医師名		
検体送付日		年 月 日
診断名 (疑い例含む)		
発病日		年 月 日
検査材料	採取日	年 月 日
	材料の種類 [該当するものを一つ○で囲んで下さい]	・尿 ・咽頭ぬぐい液(うがい液, 鼻汁, 鼻腔ぬぐい液) ・血液(全血, 血清, 血漿) ・その他()
臨床的 事項	臨床症状・ 徴候等 [該当するものを全てを○で囲んで下さい] ※基礎疾患を除く	・発熱(月 日出現 最高 ℃) ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・目脂 ・コプリック斑 ・発疹(月 日出現 場所:) ・中耳炎 ・肺炎 ・クループ ・腸炎 ・脳炎(※急性脳炎の届出も必要) ・その他の症状 ()
	基礎疾患	
転帰		経過観察中, 軽快, 治癒, 死亡(原因)
発生の状況		・散発 ・地域流行 ・家庭内発生 ・集団発生(保育所, 幼稚園, 小学校, 中学校, 病院, 旅館・ホテル, 飲食店, その他[])
最近の海外渡航歴		国名 渡航期間 ~
麻疹含有 ワクチン接種歴		・有: 1回目(歳 接種年月日: 年 月 日) 2回目(歳 接種年月日: 年 月 日) ・無 ・不明
連絡事項 [説明のチェック]		
<input type="checkbox"/> 病原体試料の提供及び診断・治療に関する情報の提供についての説明		

注1) 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。

注2) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載してください。

注3) 医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、可能な範囲で、兵庫県立健康生活科学研究所への分離株の送付をお願いします。