

※ 迅速な感染源探索、二次感染対策に役立てるため、患者（あるいは保護者）の同意がとれた場合に、下記の事項について可能な限りご記入をお願いいたします。

1 患者の情報について記入してください。該当がない場合には「なし」に○をつけてください。

通学先・勤務先等	あり（ <input type="checkbox"/> ） なし（ <input type="checkbox"/> ）
同居者（家族・同室者等）	あり（ <input type="checkbox"/> ） なし（ <input type="checkbox"/> ）

2 感染源に関する情報（発症約2週間前に出かけた場所、会った人）

（1）周囲に麻しんと診断された方はいましたか

いた （どなたですか ）

わからない

（2）出かけた場所はどちらですか

- ・ 海外：渡航先
- ・ 職場や学校、保育所等：施設名
- ・ 人が多く集まる場所（クラブ活動、習い事、イベント、会食等）：名称
- ・ その他：名称

3 二次感染に関する情報（発症1日前から解熱後3日目までに出かけた場所、会った人）

- ・ 職場や学校、保育所等：施設名
- ・ 人が多く集まる場所（クラブ活動、習い事、イベント、会食等）：名称
- ・ 医療機関：名称
- ・ 救急車、タクシーなど
- ・ その他：名称