

医療機関
検体番号衛生研究所
検体番号

[主治医等記載欄]

患 者	性 別 (男 ・ 女)	年 齢 (歳 カ月)
医療機関等名及び 主治医等医師名 (記載者)		
診 断 名		
発 病 日	年 月 日 (症状:) (発疹出現日: 月 日)	
検 体 採 取 日	年 月 日	
検 体 の 種 類 [該当するものに○]	・咽頭ぬぐい液 ・鼻咽頭ぬぐい液 ・血液 ・尿	
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(最高 ℃) ・咳 ・鼻汁 ・結膜充血 ・眼脂 ・コプリック斑 ・発疹 ・肺炎 ・中耳炎 ・腸炎 ・クループ ・脳炎 ・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) []	
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 ・家族内発生 (無、有) ・集団発生 (無、有) 有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舎・寮、病院、老人ホーム、 福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、その他[])	
最近の海外渡航歴	国名	
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
麻しんワクチン接種歴	ワクチン名	最近の接種年月日 年 月 日
主治医等から地方衛生研究所への連絡事項		

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。

[健康福祉センター(保健所)記載欄]

所 属 氏 名	
搬 送 年 月 日	年 月 日
上記検体について、病原体の検査を依頼します。	

[千葉県衛生研究所記載欄]

担 当 者 名	
検 出 年 月 日	年 月 日
検 出 方 法	
検 出 病 原 体	
上記検体についての検査結果について、報告いたします。	