

## 患者記入用調査票

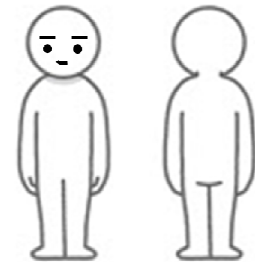
麻しん(疑い)と診断された皆様へ、感染の拡大を防ぐため、保健所の調査へご協力をお願いいたします。当調査票について、選択項目には○を付けてください。空欄には該当する内容をご記入ください。また、保健所より追加で内容を伺うことがありますのでご了承ください。

保健所への個人情報などの提供に関して: 同意する ・ 同意しない

基本情報	記載者(患者との続柄)(本人・本人以外( ))	記載日	年	月	日
氏名	性別	男・女	年齢	歳	ヶ月
住所			電話番号		
会社名/学校名等					
予防接種歴※	1回目(有(記録)西暦 年 月 日( )歳・有(記憶のみ)・無・不明) 2回目(有(記録)西暦 年 月 日( )歳・有(記憶のみ)・無・不明) ※麻疹、風疹、麻疹風疹混合(MR)、麻疹おたふくかぜ風疹混合(MMR)ワクチンの4種類があります。				
罹患歴	麻しん罹患歴(有・無)		罹患年齢:( )歳		
	風しん罹患歴(有・無)		罹患年齢:( )歳		
妊娠の有無 (女性の方)	妊娠(有・無)		妊娠週数( 週 )		
受診した医療機関名	病院/診療所		科		

症状 今回の症状について該当するものに○をつけ症状の出現日をご記入ください

- 発熱( 月 日) 最高体温( 月 日 度)
  - かぜ症状(咳・鼻水・のどの痛み)( 月 日)
  - 目の充血( 月 日)
  - 皮膚のぶつぶつ(発疹)( 月 日)
- 右の人型へぶつぶつが現れた箇所をご記入ください ⇒
- その他( )



行動歴

1か月以内の海外渡航歴(無・有:国名\_\_\_\_\_期間\_\_\_\_\_)

症状の出る7日前から診断を受けるまでに以下の方と接触された場合は○をご記入ください

0歳児		妊婦	
-----	--	----	--

同居者(家族)情報 ※麻疹、風疹、麻疹風疹混合(MR)、麻疹おたふくかぜ風疹混合(MMR)ワクチンの4種類があります。

	続柄	年齢	予防接種歴※	麻しん罹患歴	風しん罹患歴
同居者1			麻しん( )回・風しん( )回・不明	有・無・不明	有・無・不明
同居者2			麻しん( )回・風しん( )回・不明	有・無・不明	有・無・不明
同居者3			麻しん( )回・風しん( )回・不明	有・無・不明	有・無・不明
同居者4			麻しん( )回・風しん( )回・不明	有・無・不明	有・無・不明
同居者5			麻しん( )回・風しん( )回・不明	有・無・不明	有・無・不明
同居者6			麻しん( )回・風しん( )回・不明	有・無・不明	有・無・不明
同居者7			麻しん( )回・風しん( )回・不明	有・無・不明	有・無・不明

調査票2枚目もご記入ください

## お名前

症状が現れた21日前から診断されるまでの外出場所や訪問先についてご記入ください。

発症日より	日付	時刻	外出先・施設名 (店舗名や場所など)	行動とその場に居た人の人数	備考
記載例	5/X	10時 9～17時 18～20時	羽田空港着 〇〇商事 〇〇居酒屋 (〇〇町)	タイー羽田 (NIID××便) 会議室で商談。××社2名含む計5名 職場の送別会で同僚20人が参加	
21日前	/				
20日前	/				
19日前	/				
18日前	/				
17日前	/				
16日前	/				
15日前	/				
14日前	/				
13日前	/				
12日前	/				
11日前	/				
10日前	/				
9日前	/				
8日前	/				
7日前	/				
6日前	/				
5日前	/				
4日前	/				
3日前	/				
2日前	/				
1日前	/				
発症日	/				
1日後	/				
2日後	/				
3日後	/				
4日後	/				
5日後	/				
6日後	/				
7日後	/				

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。