

麻しん（風しん）疑い例 聞き取り票

H30.5.10松戸保健所

医療機関名		TEL	
窓口担当者名		FAX	

フリガナ 患者氏名		年齢		性別	男 ・ 女
居住地	松戸 ・ 流山 ・ 我孫子 ・ その他()	連絡先		自宅：	
				携帯：	
麻しん罹患歴	無 ・ 不明	所属する学校・ 勤務先(職種)等			
	有 時期 ()	最終登校 (出勤)月日		年 月 日()	
症状出現日	令和 年 月 日()	周囲に同様症状者 の有無		無 ・ 有()	
症状経過	発熱： 月 日(°C)	家族構成 (同居者含む)			
	発疹： 月 日	周囲(家族)の 接種歴等			
	鼻汁・咳・結膜充血・コプリック 斑・その他()	国内旅行歴		・ 無 ・ 有 (渡航先： 時期： ~)	
	他の医療機関受診の有無 ・ 無 ・ 有 ()	海外渡航歴		・ 無 ・ 有 (渡航先： 時期： ~)	
ワクチン接種 歴	無 ・ 不明	麻しんが疑われる 要因			
	有 ① 年 月 日 ワクチン名 ()				
	有 ② 年 月 日 ワクチン名 ()	血清抗体検査		・ IgM (採取日： /) ・ IgG (採取日： /)	

※風しんも疑われる場合は、下記についてもご確認ください。

本人の妊娠 有無	無 ・ 有 (妊娠 週)	周囲の妊婦の有無	無 ・ 有 (具体的に)
---------------------	--------------	-----------------	---------------

**★麻しん・風しん疑い患者を診察した際は、
上記項目をご確認のうえ保健所までご一報ください。**