

秘

ウエストナイル熱検査依頼票

(主治医記載欄)

衛研番号： _____
HCコード： _____
ID： _____
定点コード： _____

医療機関名： _____ 担当者（主治医）名： _____
TEL： _____ FAX： _____

患者 イニシャル： _____ 男・女 _____ 年齢： _____ 才 _____

【診断名】
ウエストナイル熱(疑い)
発病日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
検体採取日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
検体送付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
転帰： 経過観察， 軽快， 治癒， 死亡
分離株： 無， 有， 検査中

【臨床症状（該当する にチェック）】
発熱・発熱痙攣（最高体温 _____）
発疹（胸部， 背， 上肢、その他 _____）
頭痛・筋肉痛・背部痛
食欲不振
激しい頭痛
方向感覚の欠如
麻痺
意識障害
痙攣
その他の症状（ _____）

【検査材料（該当する にチェック）】
血液（全血， 血清， 血漿， 抗凝固剤血液）
（抗凝固剤入血液の場合その種類： _____）
髄液
剖検材料（部位： _____）

(健康福祉センター(保健所)記載欄)主治医記載可)

【疫学的事項（該当する にチェック）】
1. 発生の状況 散発， 地域流行， 家族内発生， 集団発生
（集団発生の場所： 保育園， 幼稚園， 小学校， 中学校， 高校， 老人ホーム， その他： _____）
2. 最近の海外渡航歴 有， 無（有る場合： 国名 _____）
渡航期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
3. 蚊の刺咬歴 有， 無（有る場合： 場所 _____）
刺咬された時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【衛研への連絡事項： 医師或いは保健所にて記載】

【検査結果】(千葉県衛生研究所記載欄 TEL 043-266-6723, FAX 043-265-5544), 報告年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【病原体検出】 検出病原体名： _____ (型名： _____)
病原体検出材料： 髄液， 血液， その他(_____)
病原体分離法： 細胞培養， その他(_____)
病原体検出法： 電顕， IFA， PCR， その他(_____)
【抗体検出】 抗体検出結果： _____
検出方法： IFA， ELISA， 中和， その他(_____)

【その他の特記事項】

1) 太枠内は医師により記入。 2) 上記内容を第3者に漏らした場合は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第67条，第68条により罰則が適用されます。