

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。