

患者情報調査票

御担当医様

千葉県麻しん対応マニュアルに基づき、患者調査が必要となるため、診断または麻しん風しんを疑われる場合、本調査票を記入の上、FAX くださるようお願いいたします。

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

患者氏名	
保護者名（未成年の場合）	
住所	
電話番号	
生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日（ ）
患者（または保護者）へ病気の説明がされているか	説明済み ・ 未実施 ※説明予定日：
保健所から患者（保護者）へ連絡が入ることを説明し、了解が得られているか	説明、了解済み ・ 未実施 ※説明予定日：

◎患者の発症経過や接触者等について至急確認する必要があるため、病気の説明や保健所から連絡が入ることについての説明が未実施の場合、すみやかに説明をお願いします。

習志野健康福祉センター（習志野保健所）

疾病対策課 感染症担当

電話：047-475-5154

FAX：047-475-5122