

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