

FAX

様式

麻しん発生報告書

北部 保健所感染症担当者 行

FAX番号: 0980-53-2505

報告年月日(年 月 日)

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	

患者ID			
患者イニシャル			
市町村名		性別	男 女
保健所・学校名		生年月日	年 月 日

麻しんワクチン接種(母子健康手帳で確認)		
1 有(ワクチンメーカー・LOTNo)	2 無 3 不明
接種年月日	年 月 日	

麻しんを疑う症状	発熱(発熱日)・発しん・カタル症状・コプリック斑・その他()
考えられる感染源	1 有() 2 不明
前医ありの場合	医療機関名 ()
紹介ありの場合	紹介先 ()
ウイルス診断用検体	1 有() 2 不明