

FAX

様式③

麻しん発生追跡調査

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	あて

平成 年 月 日報告のありました、以下の患者について記入をお願いします。

患者ID			
患者イニシャル			
性 別	男	女	
生年月日	昭和・平成	年	月 日

I IgG・IgM検査実施について

実施なし

検査済み ※検査結果を記入して下さい。

採血日	月 日 (検査値／正常値)	月 日 (検査値／正常値)
IgG		
IgM		

II 麻しん発生報告後、検査結果等から最終診断は？下記に○で記入して下さい。

麻しん

麻しんを否定（※麻しん発生全数把握報告から、病院名のみ削除します。）

麻疹でない場合の診断名（ ）

お手数ですが、この用紙でそのまま下記あてFAXをお願いします。

南 部 保健所感染症担当者

Fax番号 098-888-1348