

麻しん発生追跡調査

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	

あて

令和 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・令和 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		

III 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。)

麻しん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 お願いします。

中部 保健所感染症担当者

Fax 番号 098-938-9779