

麻しん発生報告書

保健所感染症担当者

※ FAX 番号は別添保健所 FAX 番号を参考にして下さい。

報告年月日 (年 月 日)

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	

I

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

II

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・LOT No.)		2 無	3 不明
接種年月日	年 月 日		

III

麻しんを疑う症状	発熱(発熱日)・発疹・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 (検体：咽頭ぬぐい液・血液) (採取日)		2 無