

FAX

様式①

麻疹発生報告書

八重山保健所 健康推進班 感染症担当 行

FAX番号 0980-83-0474

報告年月日（平成 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	昭和・平成 年 月 日

II

麻疹ワクチン接種（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	平成 昭和	年	月 日

III

麻疹を疑う症状	発熱（発熱日 ）・発疹・カタル症状・コプリック班・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・尿）（採取日 ） 2 無