

FAX

様式

麻しん発生追跡調査

報告年月日(年 月 日)

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	あて

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	年 月 日

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		

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をお願いします。

保健所感染症担当者

FAX番号