

患者（病原体）情報

		報告日	年 月 日	
医療機関名			担当医師	
記載者			記載者所属等	
連絡先	TEL			FAX

1 患者（病原体）情報

イニシャル			性別		年齢	歳
居住市町村			職場、職種、保育所など			
基礎疾患	なし ・ 不明 ・ あり （疾患名： ）					
渡航歴 （海外・県外）	なし ・ 不明 ・ あり （地域： 、時期： ）					
接触歴	なし ・ 不明 ・ あり （状況： ※ 接触時におけるマスク着用： あり ・ なし ・ 不明					
ワクチン接種歴	なし ・ 不明 ・ あり （ ）					
診療状況	外来 ・ 入院 （入院日： 年 月 日 ； <input type="checkbox"/> ICU入室 ）					
疑う感染症						
経過	日時	受診状況や症状等			治療内容	

実施した感染症関連検査結果等 （院内及び外注検査結果含む）	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 細菌培養 <input type="checkbox"/> その他（ ） 結果：					
画像所見 （Xp、CT等）	<input type="checkbox"/> Xp検査 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> その他（ ） 所見：					
周囲（家族等）の有症者の有無						
当該感染症を疑う理由						

2 保健所への連絡事項

--