

麻しん・風しん患者調査票

(別紙4)

通報年月日 及び時刻	年 月 日 () 午前・午後 時 分
受診機関	()健康福祉センター 担当者氏名()

※該当する疾患名を丸で囲んでください。

疑い疾患名	麻しん ・ 風しん
-------	-----------

患者情報				
年齢	歳 (ヶ月) 性別 男 ・ 女			
住所	連絡先(電話番号):			
発症歴	発症日: 年 月 日 (入院:無・有〔 年 月 日 〕) 診断日: 年 月 日 (診断・入院医療機関名:)			
症状 (いずれか 疑う疾患の 症状を丸 で囲んでく ださい。)	麻しん 発熱・咳・鼻汁・結膜充血・脂目・コプリック班・発疹・肺炎・中耳炎・腸炎 クループ・脳炎・その他()			
	風しん 発熱・咳・鼻汁・結膜充血・発疹・リンパ節腫脹・関節痛・関節炎 血小板減少性紫斑病・脳炎・その他()			
行動歴 ※1				
予防接種歴	有 (年 月) ・ 無 ・ 不明			
罹患歴	有 (年 月) ・ 無 ・ 不明			
通勤、通学、 集団施設などの 利用について	利用歴 : 有り 無し			
	施設の名称等 :			
	施設の所在地 : 連絡先(電話番号):			
	当該施設の患者発生状況:			
家族の健康状態等	家族構成 (名) 疑い疾患の罹患歴、予防接種歴等を記載してください。			
続柄	罹患状況	通勤又は通学先名称 (所在地) ※2	予防接種歴 ※2	罹患歴 ※2
(備考)				

- ※1 潜伏期間を考慮し、麻疹については、発症前10日程度以降の調査に努めることとする。
- ※2 麻疹・風しんの発症が確認された場合に限る。