

風疹症例 基本情報・臨床情報調査票 (案)

基本情報*




ID _____

1	調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
2	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名() 本人との関係()	
	調査回答者連絡先：自宅電話： - -	携帯電話： - -
3	診断分類： 1) 風疹 (検査診断例) 2) 風疹 (臨床診断例)	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日
18	発熱出現日： 年 月 日	19 発疹出現日： 年 月 日

※3~19は発生届出票等より転記 (4はNESIDへの登録後に記入)

20	患者氏名：	21	性別： 男・女	22	生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月)
	患者の妊娠の有無： 無・有 (発病時の妊娠週数： 週)				
	患者周囲の妊婦の有無： 無・有 [<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 医療機関() <input type="checkbox"/> その他()				
23	患者住所：				
24	患者電話番号：	自宅：	- -	携帯：	- -
25	届出受理日現在の患者の主たる所在場所 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校に通勤・通学中 <input type="checkbox"/> 所在地電話番号：				
26	職業・業種・学校 (幼稚園・保育所等を含む)： 最終勤務・出席 (勤) 日 (年 月 日) (児童・生徒の場合所属クラス・クラブ等詳細に記入すること) 勤務先/学校名： 勤務先/学校所在地： 勤務先/学校電話番号： - -				
27	本人以外 (保護者等) の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 自宅： - - 携帯： - -				

臨床経過等

28	症状	※必要に応じ時間や午前・午後等も記入		
	症状	有無	症状出現日/月	備考
	37.5度以上の発熱	有・無		最高体温 度 (月 日)
	発疹	有・無		発疹出現部位 全身・体の一部 [頭部・体幹部・四肢・他 ()]
	リンパ節腫脹	有・無		部位 [後頭部・耳介後部・その他 ()]
	その他 ()			
	その他 ()			
29	発病年月日時間(聞き取り調査による)	年	月	日 午前・午後 時 頃
30	診断までの経過・基礎疾患・特記事項等			
31	合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名 ;	診断日	年 月 日)
	(血小板減少性紫斑病・脳炎等)	(診断名 ;	診断日	年 月 日)
32	入院:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	入院医療機関名:	
	診療科名:		主治医名:	
	入院医療機関所在地:		電話:	
	入院日:	年 月 日	退院日:	年 月 日
			死亡日:	年 月 日
33	転帰: 外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり*・死亡*・風疹を否定(下記診断名記入) * 後遺症・死亡に関する具体的情報(状態・診断名、死因など)			
	最終診断名(風疹否定時)			
34	風しん罹患歴(母子健康手帳等の記録による確認が望ましい)			
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
		年齢:	歳、診断日:	年 月 日、医療機関名
		検査診断の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
35	風しん含有ワクチン接種歴(母子健康手帳等の記録による確認が望ましい)			
	1回目 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、			
		ワクチンの種類(風しん単抗原・MR・MMR・不明)		
		年齢(歳)	接種年月日(年 月 日・不明)	
		製造会社 / Lot番号(/)	(不明)	
	母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	2回目 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、			
		ワクチンの種類(風しん単抗原・MR・MMR・不明)		
		年齢(歳)	接種年月日(年 月 日・不明)	
		製造会社 / Lot番号(/)	(不明)	
	母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

風しん特異的検査結果

		検体材料	検体採取日	結果	結果判定日	検査実施施設
36	ウイルス遺伝子検査 □実施 (PCR) □未実施	咽頭拭い液	年 月 日		年 月 日	
		血液	年 月 日		年 月 日	
		尿	年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
37	ウイルス分離同定 □実施 □未実施	咽頭拭い液	年 月 日		年 月 日	
		血液	年 月 日		年 月 日	
		尿	年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
遺伝子型特定 □実施 □未実施		遺伝子型				
		検査の種類・方法	検体採取日	結果（判定のみならず、抗体価も記載）		
38	血清抗体検査 EIA法 □実施 □未実施	IgM	年 月 日			
			年 月 日			
		IgG	年 月 日			
			年 月 日			
39	血清抗体検査 HI法等 □実施 □未実施	HI	年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
		検査法	検体採取日	結果		
40	追加・その他		年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
風疹が否定された場合の、風疹以外の病原体検査結果 (麻疹ウイルス、 ヒトパルボウイルスB19、 HHV-6、 HHV-7、 デングウイルス等)						
41	病原体名	検査種類（検体名）	検体採取日	結果		
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
自由記載欄						