

第13 様式

様式1 新型インフルエンザ等電話相談票

- ・ 保健福祉事務所等で実施する電話相談時の記録をする。

様式2-1 新型インフルエンザ等要観察例連絡票

- ・ 新型インフルエンザ等が疑われる患者である要観察例を報告する際に使用する。

様式2-2 新型インフルエンザ等（要観察例・疑似症・患者）症例情報調査票

- ・ 届出情報受付記録、症例の基本情報、発症及び症状の内容、検査結果、治療内容等を記載する。

様式3-1 新型インフルエンザ等症例行動調査票①

- ・ 発症1日前、発症当日、発症〇日後（10日後まで調査する）

様式3-2 新型インフルエンザ等症例行動調査票②

- ・ 発症10日前～2日前の行動を記録する（感染源調査）

様式3-3 新型インフルエンザ等症例接触者リスト

- ・ 患者との接触者について記載する。

様式4-1 新型インフルエンザ等接触者調査票

- ・ 接触者の基本情報及び症状の有無等を記載する。

様式4-2 新型インフルエンザ等接触者モニタリング票

- ・ 様式4-1に添付する。
- ・ 接触から10日後までの行動を記録する。

様式5 体温記録用紙

- ・ 接触者自ら（若しくは家族）が、患者接触から10日後までの体温等の記録をし、保健福祉事務所等へ報告する。

様式6 検査依頼書

- ・ 保健福祉事務所等から衛生環境研究所への検査依頼に用いる。

別記様式1 検査票（病原体）

- ・ 様式6に添付する。
- ・ 患者及び検体の情報を記載する。
- ・ 主治医等の記載欄あり。

様式7 ウイルス検査結果

- ・ 衛生環境研究所から保健福祉事務所等への検査結果報告に用いる。

(様式1)

新型インフルエンザ等電話相談票

保健福祉事務所(保健所)名:

相談日時: 年 月 日() : ~ :

相談手段: 電話・来所(発熱患者との続柄: 本人・家族()・他

相談者氏名: (患者)	性別: 男・女	生年月日: 年 月 日 歳
	住所:	
職業:	連絡先:	
<hr/>		
健康状態確認項目		相談・指導内容
1 症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 発症 年 月 日 ①発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (°C) ②咳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・激しい咳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・呼吸困難 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ③ その他 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()		
2 受診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 初診 年 月 日 投薬(解熱剤) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
3 患者との接触状況 ①接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・10日以内の接触 ・接触した患者の状態 ②場所 <input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 国外 ()		・受診指示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 紹介医療機関名 () ・受診指導 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 病院への事前連絡 <input type="checkbox"/> マスクの装着 <input type="checkbox"/> 受診方法→ <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急 ・公共交通機関は使わないこと
4 その他の相談		・患者移送 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
備考(受診確認等)		

(様式2-1)

新型インフルエンザ等要観察例連絡票

送付年月日:平成 年 月 日

送付先: 保健福祉事務所(保健所)

報告元	
医療機関名() 医師名:()	
連絡先 電話:(- -) FAX:(- -)	
症例	
患者氏名	
年齢・性別	() 歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
症状等	体温: 度 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 突然の発症 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感などの全身症状 <input type="checkbox"/> その他()
上記症状が初めてみられた日 (発症したと考えられる日)	平成 年 月 日
迅速診断キット検査状況 ・インフルエンザ迅速診断キット ・	<input type="checkbox"/> A型陽性 <input type="checkbox"/> A型陰性B型陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
渡航歴・滞在歴(国内外)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有りの場合:滞在先() 国内の場合、都道府県・市町村() 滞在期間 月 日 - 月 日まで
新型インフルエンザ等患者又は新型インフルエンザ等が疑われる者との接触歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 有りの場合 接触した日時・場所・内容 () <small>(例)一週間以内に一緒に食事をした人が、新型インフルエンザを発症した。</small>
周囲に該当疾病様症状を呈する者がいる場合、場所・状況を記載してください	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 場所・状況: <small>(例)〇〇小学校の同級生10人にインフルエンザ様症状を呈するものがある。</small>
備考	

(様式2-2)

新型インフルエンザ等（要観察例・疑似症・患者）症例情報調査票

1 保健福祉事務所（保健所）：		調査者名：	
2 調査日時： 年 月 日 時		調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()	
3 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： - -	
4 感染症発生届受理番号：	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： 平成 (西暦) 年 月 日 時 分			
12 届出受理保健所：		13 届出受理担当者：	
14 患者氏名：		15 性別：男・女	
		16 生年月日： 年 月 日(歳)	
17 患者住所：			
18 患者電話番号：自宅： - - 携帯： - -			
19 職業・業種・学校等： 最終勤務・出席日(年 月 日)(*児童・生徒の場合所属クラス等詳細に記入すること)			
20 勤務先/学校名： 勤務先/学校所在地：			
21 勤務先/学校電話番号： - -			
22 届出受理日現在の患者所在地： <input type="checkbox"/> 届出医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明			
23 連絡先電話番号：自宅： - - 携帯： - -			
24 同居者(氏名)(続柄)(生年月日)		25 本人以外の連絡先	
①	年 月 日(歳)	氏名：	
②	年 月 日(歳)	本人との関係：	
③	年 月 日(歳)	住所：	
④	年 月 日(歳)		
⑤	年 月 日(歳)	自宅： - -	
⑥	年 月 日(歳)	携帯： - -	
26 38度以上の発熱		(年 月 日)	
27 咳		(年 月 日)	
28 咽頭痛		(年 月 日)	
29 息苦しさ・呼吸困難感		(年 月 日)	
30 下痢		(年 月 日)	
31 全身倦怠感		(年 月 日)	
32 意識混濁		(年 月 日)	
33 その他1 ()		(年 月 日)	
34 その他2 ()		(年 月 日)	

35 発症日時： 年 月 日 時		
36 初診： 年 月 日 時		
医療機関名：		電話： - -
主治医：		
37 感染推定日： 年 月 日		
38 疑われる感染源：		
感染源： <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> 鳥→（ <input type="checkbox"/> 病鳥 <input type="checkbox"/> 死鳥） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
感染源所在地（国名・地域名など）：		
感染源の新型／鳥インフルエンザ診断状況：		
接触状況：		
最終接触日時： 年 月 日 時		
新型／鳥インフルエンザ の発生が報告されている 国・地域への立ち入り 及び滞在歴 （今後発生地域による右記 地域は随時変更される）	39 <input type="checkbox"/> 日本国内（地域： ）	
	40 <input type="checkbox"/> インドネシア	45 発生報告地域滞在期間 年 月 日～ 年 月 日
	41 <input type="checkbox"/> ベトナム	
	42 <input type="checkbox"/>	46 同行者： 名
	43 <input type="checkbox"/>	47 旅行会社名：
	44 帰国日（ ） 帰国時の到着港 （ ） 搭乗便、搭乗船舶 （ ）	電話番号： - - 48 ツアー名： ツアー期間： 年 月 日～ 年 月 日
49 既往歴		
50 供血歴（献血歴・症状出現前7日以内）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 供血日： 年 月 日 供血場所：		
51 臓器移植歴（症状出現前7日以内）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術日： 年 月 日 医療機関：		
52 現病歴		
53 治療経過		
治療薬		
54 タミフル内服： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり服薬開始日： 年 月 日		
55 他の抗インフルエンザ薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 服薬開始日：年 月 日		
56 他の主な薬剤：（ ）		
57 入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		58 入院医療機関名：
		59 主治医名：
60 入院医療機関所在地：		電話： - -
61 入院日： 年 月 日	62 退院日： 年 月 日	63 死亡日： 年 月 日

検査項目	検査値または所見	検査日
64 胸部X線	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	年 月 日
65 胸部CT	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	年 月 日
66 白血球数	/ μ l	年 月 日
67 リンパ球	% (/ μ l)	年 月 日
68 血小板数	/ μ l	年 月 日
69 CRP	mg/dl	年 月 日
70 その他		年 月 日

71 調査時の状態		
72 総合所見： <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽～中等症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> その他()		
判定		
73 <input type="checkbox"/> 要観察例	年 月 日	
74 <input type="checkbox"/> 疑似症	年 月 日	
75 <input type="checkbox"/> 確定診断	年 月 日	
76 <input type="checkbox"/> 保留	年 月 日	
77 症例棄却 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 理由		
78 初回調査後の経過		

*患者の行動および接触者調査については、別添の調査票を用いる。

インフルエンザ特異的検査結果				
79 抗原検査 (迅速検査)		<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査未実施		検体採取日： 年 月 日 結果判定日： 年 月 日
	検体材料	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
80 RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日	陰性・陽性・検査中	
		判定： 年 月 日	その他 ()	
		採取： 年 月 日	陰性・陽性・検査中	
		判定： 年 月 日	その他 ()	
81 RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日	陰性・陽性・検査中	
		判定： 年 月 日	その他 ()	
		採取： 年 月 日	陰性・陽性・検査中	
		判定： 年 月 日	その他 ()	
82 ウイルス 分離同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
83 血清抗体 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
84 追加・ その他		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		

*欄は該当項目にシをつけること。

インフルエンザ以外の病原体検査結果			
85 アデノウイルス抗原	+	・ - ・ 未実施	年 月 日
86 RSウイルス抗原	+	・ - ・ 未実施	年 月 日
87 その他			年 月 日
			年 月 日

(様式3-1)

新型インフルエンザ等症例行動調査票①

(発症前)

感染症発生届受理番号：
患者氏名：

保健所名：
調査担当者名：

発症日から○	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況 (2m以内の濃厚接触者/詳細に記載すること)	接触者(氏名・年齢・性別 ・濃厚接触の有無等)	接触者住所	接触者の連絡先 (自宅・携帯等)
発症日 (記入例)	○ 月 ○ 日	深夜 ～早朝 8:30 9時頃 10時頃 12時頃 17時頃 18時頃	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・A医院 ・B電鉄X駅 B電鉄Y駅 ・C株式会社 ・D飲食店 ・B電鉄Y駅、X駅 ・自宅 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜中より悪寒あり、朝熱っぽかった。 ・自宅を出てA医院受診。 ・A医院から直接B電鉄X駅へ行き、9:15P駅行き急行に乗車、9:45Y駅で下車。 ・C株式会社へ入社。 ・D飲食店で昼食。 ・B電鉄Y駅から17:30 Q駅行き急行に乗車18:00X駅で下車。 ・帰宅 	<ul style="list-style-type: none"> ・SK 28歳女 (妻、Eスーパーパート) ・TM 58歳男 (かかりつけ医、医師) ・C株式会社F課 8人 ・D飲食店の店員 ・B電鉄職員 	<ul style="list-style-type: none"> ・X市Z町… ・X市Z町… ・Y市W町… ・ // 	<ul style="list-style-type: none"> ・OX-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX ・OX-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX ・OXX-XXX-XXXX (C株式会社) ・OXX-XXX-XXXX (D飲食店) ・OXX-XXX-XXXX (B電鉄)
発症1日前	月 日 () ()						

備考：

(様式 3-1)

新型インフルエンザ等症例行動調査票①

(発症日)

感染症発生届受理番号：
患者氏名：

保健所名：
調査担当者名：

発症日から	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況 (2m以内の濃厚接触者／詳細に記載すること)	接触者(氏名・年齢・性別 ・濃厚接触の有無等)	接触者住所	接触者の連絡先 (自宅・携帯等)
発症日	月 日 () ()						

備考：

(様式 3-1)

新型インフルエンザ等症例行動調査票①

(発症〇日後)

※入院し適切な感染症対策がなされた時点まで

感染症発生届受理番号：
患者氏名：

保健所名：
調査担当者名：

発症日から	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況 (2m以内の濃厚接触者／詳細に記載すること)	接触者(氏名・年齢・性別 ・濃厚接触の有無等)	接触者住所	接触者の連絡先 (自宅・携帯等)
発症〇日後	月 日 () ()						

備考：

(様式3-2)

新型インフルエンザ等症例行動調査票② (発症前10日間)

調査実施日: 平成 年 月 日

保健所名:

患者氏名:

調査担当者名:

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()		連絡先:			
	日付	時間	所在地・滞在先・施設名	発症者の行動	接触者
発症 10日前	月 日 ()				
発症 9日前	月 日 ()				
発症 8日前	月 日 ()				
発症 7日前	月 日 ()				
発症 6日前	月 日 ()				
発症 5日前	月 日 ()				
発症 4日前	月 日 ()				
発症 3日前	月 日 ()				
発症 2日前	月 日 ()				

※本調査は感染の可能性を推定するために発症10日前からの発症2日前までの行動を記録するものである

(様式4-1)

新型インフルエンザ等接触者調査票

1 調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日	調査者氏名： 時 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
----------------------------	---

2 接触者番号：	3 接触者居住地保健所：
4 接触患者発生届受理番号：	5 患者居住地保健所：

接触者詳細

6 氏名：	7 性別： 男 ・ 女
8 生年月日：M T S H 年 月 日	9 年齢： 歳
10 住所：	
11 電話番号： 自宅： - - 携帯： - -	
12 職業(勤務先)：	
13 調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→本人との関係()	

(14~16は回答者が本人以外の時のみ)

14 回答者氏名：
15 回答者住所：
16 回答者電話番号： 自宅： - - 携帯： - -

17 同居人の状況 人	
氏名 続柄 年齢 歳	氏名 続柄 年齢 歳
氏名 続柄 年齢 歳	氏名 続柄 年齢 歳
氏名 続柄 年齢 歳	氏名 続柄 年齢 歳

18 患者または鳥との接触状況(日付、場所、接触内容を記載)
19 患者または鳥との最終接触日時： 年 月 日 時ごろ
20 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 <input type="checkbox"/> 軽度接触者 <input type="checkbox"/> 要観察例との接触
21 接触時感染防御： <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし

接触者の調査時の状態

22 体温：()℃ → 38℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
23 呼吸器症状： <input type="checkbox"/> なし：咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・低酸素症・その他() <input type="checkbox"/> あり
24 消化器症状： <input type="checkbox"/> なし：下痢・嘔吐・腹痛・その他() <input type="checkbox"/> あり
25 発熱・呼吸器症状以外の症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：頭痛・筋肉痛・関節痛・全身倦怠感 その他の症状()
検査医療機関() 電話() 主治医()
検査所見：血算(月日)：白血球 赤血球 血小板 その他()
インフルエンザ抗原検査(月日)：陽性(A型・B型・AB不明) ・陰性 ・未実施
胸部レントゲン(月日)：<所見>
ウイルス分離・同定(月日)検体材料()：陽性(亜型)・陰性 ・検査中
RT-PCR検査(月日)：陽性(亜型) ・陰性 ・検査中
血清抗体価(月日)検査法()(亜型)：抗体価()倍・検査中・未実施

* 太枠内は必須。検査所見に関してはわかっているだけ記載のこと。検査所見日付は検体採取日。

(様式4-2)

新型インフルエンザ等接触者モニタリング票

接触者番号：

氏名：

患者との最終接触日時：

年

月

日

時ごろ

接触から	日付	連絡手段	体温℃	予防内服	呼吸器症状	呼吸器以外の病状	確認者
0日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
1日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
2日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
3日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
4日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
5日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
6日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
7日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
8日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
9日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
10日			朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困 他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 他()	

連絡先： 自宅： — —
 携帯： — —

保健所名：
担当者名：

(様式6)

平成 年 月 日

衛生環境研究所長 様

××保健所長 ○○ ○○

検査依頼書

下記のとおり検査を依頼します。

患者氏名★	(姓)	(名)	(イニシャル可)
年齢・性別	歳		
発症の有無			
病名等★			
N E S I D I D			
無症状病原体保有者の検査契機			
依頼内容★			
検査材料★	件	件	件
検体採取年月日			
菌株種類			
検体採取前の治療			
菌株保管※			
添付書類			
(備考)			

担当者：	係	TEL：
------	---	------

※群馬県衛生環境研究所病原体管理規程に基づく3種及び4種病原体送付時には菌株保管を「依頼する」にしてください。

★必須項目 (その他は添付資料に記載済みの場合は省略可)

(様式7)

衛研第 一 号

年 月 日

ウイルス検査結果

〇〇保健所長 様

衛生環境研究所長

〇〇 〇〇

平成〇年〇月〇日付け〇〇第〇〇-〇号により依頼のあった件について、次のとおり成績を得たので報告します。

検査目的			
検査法			
患者氏名			
NESID ID			
試料受領日		検査終了日	
検体番号	材料	検査成績	
備考	検査担当者		