

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)： 感染源の新型ノ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	
新型ノ鳥インフルエンザ の発生が報告されている 国・地域への立ち入り および滞在歴 (今後発生地域により右記 地域は随時変更される)	<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： 電話番号： - -
	44 帰国日 () 帰国時の到着港 () 搭乗便、搭乗船舶 ()	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	インフルエンザに関する予防接種歴： <input type="checkbox"/> あり { <input type="checkbox"/> プレパンデミックインフルエンザ (接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> パンデミックインフルエンザ (接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ (直近の接種) (接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> 接種歴なし <input type="checkbox"/> 不明	
53	抗インフルエンザ薬予防内服歴： <input type="checkbox"/> あり (薬品名・服薬開始日~終了日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
54	現病歴	
55	治療経過	
56	治療薬 タミフル内服： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 服薬開始日： 年 月 日	
57	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	
58	他の主な薬剤： ()	
59	入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
60	入院医療機関名：	
61	主治医名：	
62	入院医療機関所在地： 電話：	

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

73	調査時の状態
74	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 ()
75	判定 <input type="checkbox"/> 確定診断 年 月 日
76	<input type="checkbox"/> 疑似症 年 月 日
77	<input type="checkbox"/> 要観察例 年 月 日
78	<input type="checkbox"/> 保留 年 月 日
79	症例棄却 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 理由
80	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

抗原検査 81 陽性 (A型・B型・AB不明) 検体採取日: 年 月 日
 (迅速検査) 陰性 検査未実施 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
82	RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
			採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
			採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
83	RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
			採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
84	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
85	血清抗体検査 <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 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
86	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 判定: 年 月 日		

* 欄は該当項目にレをつけること。

インフルエンザ以外の病原体検査結果

アデノウイルス抗原	87	+ . - . 未実施	年 月 日
RSウイルス抗原	88	+ . - . 未実施	年 月 日
その他	89		年 月 日
	90		年 月 日

(添付2)

新型ノ鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症前）

患者氏名：

感染症発生届受理番号：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症日より	記入例	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駅行き急行に乗車して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17:30Q駅行き急行に乗車して18:00X駅で下車。 ・帰宅 	<ul style="list-style-type: none"> ・SK(妻、Eスーパーでパート) ・TM(かかりつけ医、医師) ・C株式会社F課 	<ul style="list-style-type: none"> ・X市Z町… ・X市Z町… ・Y市W町… 	<ul style="list-style-type: none"> ・0X-XXXX-XXXX ・090-XXXX-XXXX ・0X-XXXX-XXXX ・090-XXXX-XXXX ・0XX-XXX-XXXX (B電鉄) ・0XX-XXX-XXXX (C株式会社)
発症1日前	月 日 ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症日）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症日	月 日 ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症1日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)	
発症 1 日後	月 日 ()							

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症2日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症2日後	月 日 ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症3日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症3日後	月 日 () ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症4日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)	
発症 4 日後	月 日 ()							

備考：

新型ノルインフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症5日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症5日後	月 日 ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症6日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症6日後	月 日 ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症7日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症 7 日後	月 日 ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症8日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症8日後	月 日 ()						

備考：

新型ノルインフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症9日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症9日後	月 日 () ()						

備考：

新型／鳥インフルエンザ症例（確定診断・疑似症・要観察例）行動調査票（発症10日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	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以内の濃厚接触については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)	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症10日後	月 日 () ()						

備考：

(添付3)

新型ノ鳥インフルエンザ接触者調査票

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	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：
8	生年月日： M T S H 年 月 日	9 年齢：
10	住所：	
11	電話番号： 自宅： - - 携帯： - -	
12	職業(勤務先/学校名)：	
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ときのみ)		
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	
	氏名 1 続柄 年齢 歳	氏名 4 続柄 年齢 歳
	氏名 2 続柄 年齢 歳	氏名 5 続柄 年齢 歳
	氏名 3 続柄 年齢 歳	氏名 6 続柄 年齢 歳
18	患者または鳥との接触状況(日付、場所、患者との関係、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"/> 高危険接触者 <input type="checkbox"/> 低危険接触者 <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	
22	特記すべき既往歴： <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 特になし	
23	インフルエンザに関する予防接種歴：	
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> プレパンデミックインフルエンザ (接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> パンデミックインフルエンザ (接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ(直近の接種) (接種 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 接種歴なし	<input type="checkbox"/> 不明
24	1ヵ月以内の抗インフルエンザ薬予防内服歴：	
	<input type="checkbox"/> あり (薬品名・服薬開始日~終了日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
接触者の調査時の状態		
25	体温：()℃ → 38℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
26	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	
27	消化器症状： <input type="checkbox"/> なし：下痢・嘔吐・腹痛・その他() <input type="checkbox"/> あり	
28	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たら記載のこと。検査所見日付は検体採取日。

新型ノウインフルエンザ接触者モニタリング票

接触者番号： _____ 氏名： _____

患者ノウとの最終接触日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろ

最終接触 より	日付	連絡 手段	体温	予防 内服	呼吸器症状	呼吸器以外の症状	確認者
0日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
1日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
2日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
3日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
4日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
5日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
6日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
7日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
8日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
9日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
10日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・咳・痰・呼吸困難 その他()	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他()	

連絡先： 自宅： _____ 携帯： _____

担当者名： _____

(添付4)

体温記録用紙

* 新型ノウインフルエンザの潜伏期間は最長でも10日以内といわれています。
 * 接触があった日から10日間、38度以上の急な発熱、呼吸器症状、下痢症状がなければ、ほぼ感染はなく、他への感染力もないと思われます。
 * 無症状であれば、接触があった日から10日間についても平常通りの生活が可能です。ただし、できるだけ外出などは控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行っていただくことをお願いいたします。もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに最寄りの保健所・保健センターへご連絡ください。

接触者番号：

住所：

氏名：

自宅電話：

携帯電話：

患者ノ鳥との最終接触日時：

年 月 日 時ごろ

最終接触より	日付	測定時間	体温(℃)	予防内服	症状(咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・下痢・嘔吐・腹痛等)	備考欄(行先等)
0日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
1日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
2日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
3日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
4日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
5日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
6日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
7日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
8日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
9日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
10日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

問い合わせ・連絡先

保健所名：

担当者：

所在地：

電話番号：

FAX：