

# 病原体行政検査依頼書・成績書

検体採取医療機関名：

主治医氏名：

電話：

患者氏名		性別	男・女	年齢(0歳は月齢)	歳 月
診断名 (疑いも含)					
検体採取日	年 月 日	発症日	年 月 日		
検体材料 (便・血液等)					
発生状況	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生(なし・あり) <input type="checkbox"/> 集団発生(なし・あり[場所等: ])				
最近の海外渡航歴	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 国名: 期間 年 月 日～ 年 月 日				
当該疾患ワクチン接種歴	1回目	有( 歳)・無・不明	ワクチンの種類( )		
		接種日( 年 月 日)・不明	製造会社/Lot番( )		
	2回目	有( 歳)・無・不明	ワクチンの種類( )		
		接種日( 年 月 日)・不明	製造会社/Lot番( )		
	3回目	有( 歳)・無・不明	ワクチンの種類( )		
		接種日( 年 月 日)・不明	製造会社/Lot番( )		
	4回目	有( 歳)・無・不明	ワクチンの種類( )		
		接種日( 年 月 日)・不明	製造会社/Lot番( )		
抗菌・抗ウイルス薬の使用	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名: 年 月 日～ 日間				
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				
鑑別診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) ※鑑別した疾患・検査について記載				
＜患者の経過＞					
臨床症状 および 徴候等 <small>(基礎疾患を除く)</small>	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無症状(健康者) <input type="checkbox"/> ショック症状(低血圧・循環不全) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱(最高 °C) <input type="checkbox"/> 胃腸炎( <input type="checkbox"/> 下痢(水様便) <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 血便(粘血便) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛(関節炎・筋炎) <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 角結膜炎 <input type="checkbox"/> 口内炎(歯肉炎) <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 髄膜炎(項部硬直) <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 下気道炎( <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎) <input type="checkbox"/> 麻痺(全身性、中枢神経系のもの[部位: <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 無呼吸発作 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 脳症 <input type="checkbox"/> 脊髄炎 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 発しん(丘疹・紅斑・バラ疹) <input type="checkbox"/> 循環器障害(心筋炎・心膜炎・心不全) <input type="checkbox"/> 出血傾向(紫斑病・出血熱)※全身性のもの <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> HUS <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹(部位 ) <input type="checkbox"/> 腎機能障害(血尿・乏尿・蛋白尿・多尿・腎不全) <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹(耳下腺炎・顎下腺炎) <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状 <input type="checkbox"/> その他の症状( ) (膀胱炎・尿道炎・外陰炎・頸管炎)				
	検 査 成 績				

令和 年 月 日発行

神戸市健康科学研究所長

〒650-0046 神戸市中央区港島中町4丁目6番5号

検査機関 神戸市健康科学研究所

健康科学研究所検体No.

健康科学研究所検体受領日 年 月 日