

健感発第1122001号

平成18年11月22日

各 { 都道府県 }
 { 政令市 } 衛生主管部(局)長 殿
 { 特別区 }

厚生労働省健康局結核感染症課長

インフルエンザ(H5N1)に係る積極的疫学調査の実施等について

インフルエンザ(H5N1)の発生の予防及びまん延の防止のために都道府県、保健所を設置する市及び特別区(以下「都道府県等」という。)において実施すべき措置については、平成18年6月に新型インフルエンザ専門家会議において「インフルエンザ(H5N1)に関するガイドライン—フェーズ3—」(別添)が取りまとめられ、この中で、インフルエンザ(H5N1)の患者等に対する調査についてもまとめられているところである。

今般、これを踏まえて、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号。以下「法」という。)第15条の規定に基づくインフルエンザ(H5N1)に係る感染症の発生の状況、動向及び原因の調査(以下「積極的疫学調査」という。)の実施等について下記のとおり定めたので、実施に遺憾のなきを期するとともに、関係機関へ周知されたい。

なお、下記の第3については地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の9に基づく処理基準とし、第1、第2、第4及び第5については同法第245条の4に基づく技術的助言とする。

記

第1 目的

都道府県知事、保健所を設置する市の市長及び特別区長(以下「都道府県知事等」という。)が行うインフルエンザ(H5N1)に係る積極的疫学調査の目的は、「感染

症の発生を予防し、又は感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにする」こと（法第15条第1項）として、具体的には次に掲げる事項の達成を目的とするものであること。

- (1) インフルエンザ（H5N1）発生地域における当該インフルエンザウイルスの人への感染の早期発見と必要な公衆衛生対策の迅速な実施による感染拡大防止
- (2) インフルエンザ（H5N1）に感染した原因、感染経路又は感染した地域の特定
- (3) インフルエンザ（H5N1）の人に感染させるおそれの程度の評価
- (4) 収集したインフルエンザ（H5N1）に関する情報の提供

第2 実施体制等

1 実施体制

都道府県等におけるインフルエンザ（H5N1）に係る積極的疫学調査の実施体制は、次に定めるところによるものとする。

- (1) 都道府県知事等は、各都道府県等の衛生部局において他の日常業務等を通じて基本的な疫学調査手法に関する知識を相当程度有している者の中から、積極的疫学調査に従事する都道府県等の職員（以下「疫学調査員」という。）を選任すること。
- (2) 都道府県知事等は、疫学調査員に対して、感染防御のための十分な研修、訓練等を実施すること。また、疫学調査員について疫学調査の従事に係る精神的なケアのための体制を構築するよう努めること。
- (3) 疫学調査員は、積極的疫学調査の実施に当たっては、マスク、手袋の着用等の十分な感染防御手段を講ずること。
- (4) 都道府県知事等は、積極的疫学調査への従事後における疫学調査員の健康状態の確認をするとともに、インフルエンザ（H5N1）に感染したおそれのある疫学調査員に対して、まん延防止のための必要な対応を行うこと。

2 平時からの準備

都道府県等においては、インフルエンザ（H5N1）に係る積極的疫学調査の実施に関し、次に定めるところにより平時からの準備を進めること。

- (1) 疫学調査員として選任される者をあらかじめ決定しておくこと。決定に当たっては、人数・構成について積極的疫学調査の円滑な実施に支障のないことを旨とすること。
- (2) (1)に規定する者に対して、感染防御のための十分な研修、訓練等を実施すること。
- (3) 疫学調査員の二次感染を防止するために必要な物品を確保すること。

- (4) インフルエンザ（H5N1）の発生の予防及びまん延の防止に係る関係部局、関係機関の間で積極的疫学調査の開始、進行状況等についての情報を共有するための体制をあらかじめ構築するとともに、平時からの情報交換を密に行うよう努めること。
- (5) インフルエンザ（H5N1）の迅速な検査体制を確保するため、地方衛生研究所その他の関係機関との連携方法を明らかにしておくこと。

第3 積極的疫学調査の実施

1 用語の定義

第3において、次の(1)及び(2)に掲げる用語は、当該(1)及び(2)に定める意味とする。

(1) 要観察例

38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状があり、かつ、次のア又はイのいずれかに該当する者

ア 10日以内にインフルエンザウイルス（H5N1）に感染している若しくはその疑いがある鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）、又は死亡鳥との接触歴（直接接触したこと又は2メートル以内に接近したことをいう。以下同じ。）を有する者

イ 10日以内に患者（疑い例を含む。）との接触歴を有する者

(2) 患者（疑似症患者を含む。）

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」（平成18年3月8日健感発第0308001号）別紙第7の1（3）ア及びイに規定する者

2 要観察例に係る積極的疫学調査

要観察例に係る積極的疫学調査は、次に定めるところにより、実施するものとする。

- (1) 保健所において、医師等から要観察例に関する情報が得られた場合には、当該医師等に対して当該要観察例に関する次に掲げる事項について聴取するとともに、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則（平成10年厚生省令第99号。以下「施行規則」という。）第8条第2項の規定に基づき、採取した検体の提出を求めること。

ア 年齢及び性別

イ 初診年月日

ウ 当該医師の住所（病院又は診療所で診療に従事している医師にあっては、当該病院又は診療所の名称及び所在地）及び氏名

エ 第3の1の(1)に規定する要観察例の定義に合致しているかどうか

- (2) (1)により提出を受けた検体についてのPCR法による血清亜型H5遺伝子の検査の結果、血清亜型H5遺伝子が検出された場合には、都道府県知事等はその旨を法第15条第5項により厚生労働大臣（厚生労働省健康局結核感染症課）に報告するとともに、3による患者（疑似症患者等を含む。）に係る積極的疫学調査を開始すること。

なお、上記の血清亜型H5遺伝子が検出された旨の報告に当たっては、施行規則第9条第2項の規定に基づき、当該検体を厚生労働大臣（国立感染症研究所）に送付すること。

- (3) (1)で得られた情報及び(2)で得られたインフルエンザ（H5N1）血清亜型H5遺伝子の検査結果（遺伝子検出又は未検出）について、それぞれ「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の施行に伴う感染症発生動向調査事業の実施について」（平成11年3月19日健医発第458号）に基づき、感染症発生動向調査事業実施要綱第5の4の疑い症例調査支援システムに必要な事項を入力すること。

- (4) (1)により提出を受けた検体についてのPCR法による血清亜型H5遺伝子の検査の結果、血清亜型H5遺伝子が検出された場合には、当該保健所は、(1)の要観察例を診察した医師に対して、インフルエンザ（H5N1）を指定感染症として定める等の政令（平成18年政令第208号。以下「指定政令」という。）第2条において準用する法第12条第1項の規定による届出を直ちに行うよう知らせること。

3 患者（疑似症患者を含む。）に係る積極的疫学調査

患者（疑似症患者を含む。）に係る積極的疫学調査は、次に定めるところにより、実施するものとする。

- (1) 次に掲げる場合には、都道府県知事等は、患者（疑似症患者を含む。）に係る積極的疫学調査を開始すること。

ア 指定政令第2条において準用する法第12条第1項の規定による医師の届出があった場合

イ 2(1)により取得した医師による要観察例の診察結果及び2(2)により提出を受けた検体の検査結果から、当該要観察例が患者（疑似症患者を含む。）であることが確認できた場合

- (2) 都道府県知事等は、患者（疑似症患者を含む。）に係る積極的疫学調査として、次に定めるところにより、インフルエンザ（H5N1）患者（疑似症患者を含む。）及びその接触者に対して質問又は調査を実施すること。

ア 患者（疑似症患者を含む。）に対する質問又は調査

患者（疑似症患者を含む。）に対する質問又は調査は、次に掲げる事項について実施すること。

- ① 氏名、年齢、性別、職業、住所、保護者の氏名及び住所その他の患者（疑似症患者を含む。）を特定する情報
- ② 当該患者（疑似症患者を含む。）の症状、現病歴、治療方法、治療経過及び検査結果
- ③ 初診年月日、病原体に感染したと推定される年月日又は発病したと推定される年月日
- ④ 病原体に感染した原因、感染経路、病原体に感染した地域又はこれらとして推定されるもの
- ⑤ 医師の住所（病院又は診療所で診療に従事している医師にあつては、当該病院又は診療所の名称及び所在地）及び氏名

併せて、都道府県知事等は、患者（疑似症患者を含む。）の行動及びその間の接触者についての質問又は調査を実施すること。質問及び調査は、患者（疑似症患者を含む。）に対して行うことを基本とするが、患者と明確な接触歴がある接触者に対しても、必要と認められる場合には、イにより接触者に対する質問又は調査を実施すること。

イ 接触者に対する質問又は調査

接触者に対する質問又は調査は、患者（疑似症患者を含む。）が発病したと推定される日の1日前から患者（疑似症患者を含む。）と確定するまでの間に接触した者のうち、都道府県知事等において把握可能な次の範囲に該当する者に対して、可能な限り速やかに実施すること。

(i) 世帯内接触者

患者（疑似症患者を含む。）と同一住所に居住する者

(ii) 医療関係者等

患者（疑似症患者を含む。）の診察、処置、搬送等にマスク、手袋の着用等の感染防御策なしに直接関わった医療関係者や搬送担当者

(iii) 汚染物質の接触者

患者（疑似症患者を含む。）の体液（血液、唾液、喀痰、尿、便等）に、感染防御策なしで接触のあった者。具体的にはマスク、手袋の着用等の感染防御策なしで患者検体を取り扱った検査従事者、マスク、手袋の着用等の感染防護策なしで患者の使用したトイレ、洗面所、寝具等の清掃を行った者等

(iv) 直接対面接触者

手で触れること、会話することが可能な2メートル以内の距離で、患者（疑似症患者を含む。）と対面で会話等の接触のあった者

また、接触者に対する質問又は調査は、次に掲げる事項についての質問又は調査を行うとともに、患者（疑似症患者を含む。）と最後に接触した日から10日が経過する日までの間、38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状の出現の有無について確認すること。

- ① 接触者の氏名、年齢、性別、住所、連絡先その他の接触者を特定する情報
- ② 患者（疑似症患者を含む。）との接触状況及び健康状態

4 他の都道府県等、国等との適切な情報共有

都道府県知事等は、第3による積極的疫学調査に伴い得られる情報の重要性にかんがみ、調査の過程においても、インフルエンザ（H5N1）の発生の状況、動向等を含む調査結果について他の都道府県知事等との間で共有するとともに、法第15条第5項の規定に基づき、厚生労働大臣に対して報告を行うこと。特に、インフルエンザ（H5N1）の人から人への感染の拡大が懸念される場合には、情報の確定を待たずに、直ちに厚生労働大臣等との連携を図ること。

また、患者（疑似症患者を含む。）が都道府県等の区域を越えて発生し、又は発生するおそれがある場合には、厚生労働大臣は、法第63条の2の規定に基づき、第3による積極的疫学調査の実施について必要な指示を行うこと。

第4 接触者等に対する情報提供等

都道府県知事等は、接触者、インフルエンザ（H5N1）の感染が疑われる者等に対して、インフルエンザ（H5N1）の発生の状況、動向及び原因に関する適切な情報発信を行うとともに、マスクの着用、最寄りの保健所等への相談、医療機関での受診等についての必要な情報提供を行うこと。

第5 その他

都道府県知事等は、第3による積極的疫学調査の実施に当たり、別添の「接触者調査票」（添付1）、「接触者に係る体温記録用紙」（添付2）、「患者調査票」（添付3）及び「行動調査票」（添付4）を活用することが可能であること。

インフルエンザ(H5N1)接触者調査票(接触者モニタリング用紙)

1.調査担当保健所 _____ 調査者氏名 _____ 調査年月日 _____

2.接触者番号:	
3.接触患者発生届受理番号:	4.患者居住地保健所

接触者詳細		5.居住地保健所	
6.氏名:			
7.住所:			
8.電話番号:			
9.職業(仕事先):			
10.生年月日:		11.年齢:	12.性別:
13.同居人の状況			
氏名① (続柄)		氏名④ (続柄)	
氏名② (続柄)		氏名⑤ (続柄)	
氏名③ (続柄)		氏名⑥ (続柄)	

14. 患者もしくは患畜との接触状況(調査日から10日前まで)日付および場所、接触内容を記載する			
15.患者(患畜)との最終接触日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃			
16. <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 要観察例 <input type="checkbox"/> 感染防護有り ←該当する項目を☑する			

接触者の調査時の状態 (17.調査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時)

18. 発熱 <input type="checkbox"/> 有: (発熱 _____ °C) ・ <input type="checkbox"/> 無
19. 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 有: 咽頭痛 ・ 咳嗽 ・ 呼吸困難 ・ 低酸素症 ・ その他(_____) <input type="checkbox"/> 無
21. 消化器症状 <input type="checkbox"/> 有: 下痢 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ その他(_____) <input type="checkbox"/> 無
20.発熱・呼吸器症状以外の症状 <input type="checkbox"/> 有: 頭痛 ・ 筋肉痛 ・ 関節痛 ・ 全身倦怠感 その他の症状(_____) <input type="checkbox"/> 無

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 ・ 未実施
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、判っていれば記載のこと。

接触者氏名 _____

接 触 者 モ ニ タ リ ン グ

患者(or患者)との最終接触日時: _____ 年 月 日 時頃

月日	最終接触 より	連絡手段	体温(°C)	呼吸器症状の有無	呼吸器以外の症状	確認者
/	0日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	1日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	2日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	3日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	4日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	5日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	6日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	7日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	8日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	9日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	10日		朝	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
			夕	無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	

連絡先 TEL _____

担当者名 _____

《 体温記録用紙 》

* インフルエンザ(H5N1)観察期間は最長でも10日です。
 * 接触があった日から10日間、38度以上の急な発熱や急性呼吸器症状がなければ、ほぼ感染はなく、もちろん他への感染力もないと思われれます。
 * 気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健所にご連絡下さい(☆)。
 * なお無症状であり、かつ(☆)を確実にお守りいただけるという前提で、この期間も通常通りの生活はしていただけます。しかし、不要不急の外出等は控えていただき、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致します。

氏名 _____ 住所 _____ TEL 携帯 _____

接触日より	日	測定時間	体温(°C)	他呼吸器等症状等	備考欄(行先等)
接触日	H 年 月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 1日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 2日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 3日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 4日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 5日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 6日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 7日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 8日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 9日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 10日目	月 日	朝 :			
		夕 :			

問い合わせ・返信先

保健所名 _____
 住 所 _____
 電 話 _____

F A X _____

担当者名 _____

インフルエンザ(H5N1)患者(疑似症患者を含む)・要観察例 患者調査票

※口欄の場合、該当する項目を☑すること

1. 調査担当保健所() 2. 調査年月日(年 月 日)

インフルエンザ(H5N1)患者調査票		3.患者居住地保健所 ()	
4. 感染症発生届受理 No. _____		調査者氏名 _____	
5.届出医療機関名 _____		6.主治医名 _____	
7.届出医療機関所在地 _____		8.TEL () _____	
9. 届出受理日 平成 (西暦)年 月 日 (時 分)	10. 受理自治体 (都・道・府・県・市・区)		
11. 受理保健所 _____	保健所 _____	12. 受理者名 _____	
13. 患者氏名 _____	14. 性別 男・女	15. 生年月日 _____	年 月 日生 (歳)
16. 職業業種(注1) _____		注1) 職業・業種: 保育園、幼稚園、学校などの所属組名等、やや詳細に記入すること。	
17. 勤務先名・所在地 _____		18. TEL () _____	
19. 自宅住所 _____		20. TEL () _____	
21. 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		22. TEL () _____	
23. 同居者	氏名① (続柄) _____	年 月 日生(歳)	24. 保護者氏名(注2) 注2)保護者氏名・住所: 届出患者が未成年の場合
	氏名② (続柄) _____	年 月 日生(歳)	
	氏名③ (続柄) _____	年 月 日生(歳)	25. 保護者住所 TEL () _____
	氏名④ (続柄) _____	年 月 日生(歳)	
	氏名⑤ (続柄) _____	年 月 日生(歳)	
	氏名⑥ (続柄) _____	年 月 日生(歳)	
症状発現日	<input type="checkbox"/> 26. 38度以上の発熱	(年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 27. 咳	(年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 28. 咽頭痛	(年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 29. 息苦しさ、呼吸困難感	(年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 30. 下痢	(年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 31. 全身倦怠感	(年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 32. 意識混濁	(年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 33. その他1 ()	(年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 34. その他2 ()	(年 月 日)		
35. 発病年月日(原則発熱開始日) _____		年 月 日 時	36. 初診年月日 _____
		年 月 日 時	

37. 診断日		年 月 日 時		38. 感染推定日		年 月 日 時	
39. 退院日		年 月 日 時		40. 死亡日		年 月 日 時	
		感染源	接触状況	所在地	最終接触日	感染源のインフルエンザ診断(ヒトの場合のみ)	
41. 疑われる						要観察例・疑似症・確定・不明	
感染源						要観察例・疑似症・確定・不明	
						要観察例・疑似症・確定・不明	
インフルエンザ(H5N1)の発生が報告されている地域・都市名への立ち入りおよび滞在歴(今後の発症地域に限り、右記地域は随時変更される)		<input type="checkbox"/> 42 日本国内 (地域: _____)					
		<input type="checkbox"/> 43. _____		47. 滞在期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 44. _____		48. 同行者 ()名			
		<input type="checkbox"/> 45. _____		49. 旅行会社名 ()			
		<input type="checkbox"/> 46. _____		50. 利用交通機関(飛行機等)		()	
51. 既往歴							
52. 献血歴(症状出現前7日以内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 献血日 年 月 日 献血場所 _____							
53. 臓器移植歴(症状出現前7日以内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□ドナー □レシピエント) 手術日 年 月 日 医療機関 _____							
54. 現病歴							
55. 治療経過							
治療薬		56. タミフル内服の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		服薬開始日		年 月 日	
		57. 他の抗インフルエンザウイルス薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		服薬開始日		年 月 日	
		58. 他の主な薬剤 ()					
59. (入院)医療機関名		60. 主治医名 ()		61. 入院の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
62. (入院)医療機関所在地		63. TEL ()					
64. 入院期間		年 月 日 ~		年 月 日			

	検査項目	検査値もしくは所見	検査日
検査結果	65. 胸部 X 線	肺炎像 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 《所見》	年 月 日
	66. 胸部 CT	肺炎像 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 《所見》	年 月 日
	67. 白血球数	/ μ l	年 月 日
	68. リンパ球	% (/ μ l)	年 月 日
	69. 血小板数	/ μ l	年 月 日
	70. CRP	mg/dl	年 月 日
	71. その他		年 月 日

72. 調査時の状態			
73. 総合所見: <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様症状 <input type="checkbox"/> 肺炎発症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> その他()			
判定	<input type="checkbox"/> 74. 確定	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 75. 疑似症	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 76. 要観察例	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 77. 保留	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 78. 否定(不安例を含む)	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 79.	年 月 日	
80. 症例棄却の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	理由
81. 初回調査後の経過			
* 患者行動調査及び接触者調査については、別添の調査票を用いる			

インフルエンザ以外の病原体検査結果		
アデノウイルス抗原	82. + . - . 未実施	年 月 日
RSウイルス抗原	83. + . - . 未実施	年 月 日
その他	84.	年 月 日
	85	年 月 日

インフルエンザウイルス特異的検査結果					
抗原検査 (迅速検査)		86. <input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明)		年 月 日	
		・ <input type="checkbox"/> 陰性 ・ <input type="checkbox"/> 検査未実施			
	検体材料	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設
87. RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日	H5 陽性・H5 陰性・検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性・H5 陰性・検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性・H5 陰性・検査中 その他()	
88. RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日	H5 陽性・H5 陰性・検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性・H5 陰性・検査中 その他()	
89. ウイルス分離 同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
90. 血清抗体検査 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	検査法	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
91. 追加・その他	検査法	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設

※欄の場合、該当する項目を☑すること

インフルエンザ（H5N1）患者（疑似症患者を含む）・要観察例 行動調査票 I

添付 4

患者発生届受理番号:

患者氏名 []

調査実施日: 年 月 日

《 年 月 日 ~ 年 月 日までの行動記録記入》

居住地保健所 ()

※本調査は症状発現前日～初回調査日までの行動を記録するものである

調査実施保健所 () 記入者氏名 []

	月日	時間	発症者の行動(訪問先、面会者、旅行などについて)の詳細	接触者氏名(住所、携帯電話もしくは連絡先電話番号、職業、年齢、発症者との関係)
	月	日		
発症日より	月	日		
発症1日前	月	日		

備考欄: