

(添付資料1) 新型ノウ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：□面接 □電話、□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：MTSH 年 月 日	9	年齢：
10	住所：		
11	電話番号： 自宅： - -	携帯：	- -
12	職業(勤務先)：		
13	調査回答者：□本人 □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： - -

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、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	□高危険接触者 □低危険接触者 □要観察例との接触
21	接触時感染防御：□あり() □なし

接触者の調査時の状態

22	体温：()℃ → 38℃以上の発熱 □なし □あり
23	呼吸器症状： □なし：咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・低酸素症・その他() □あり
24	消化器症状： □なし：下痢・嘔吐・腹痛・その他() □あり
25	発熱・呼吸器症状以外の症状： □なし □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。

新型ノ鳥インフルエンザ接触者モニタリング票

接触者番号：

氏名：

患者ノ鳥との最終接触日時： 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：

新型／鳥インフルエンザ症例(確定診断・疑似症・要観察例)基本情報・臨床情報調査票

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：
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	11	届出受理自治体： 都・道・府・県・市
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			
	① 年 月 日(歳)	本人以外の連絡先			
	② 年 月 日(歳)	氏名：			
	③ 年 月 日(歳)	本人との関係：			
	④ 年 月 日(歳)	住所：			
	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	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"/> 確定診断	年 月 日	
74	<input type="checkbox"/> 疑似症	年 月 日	
75	<input type="checkbox"/> 要観察例	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

抗原検査 (迅速検査)		79 <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 判定: 年 月 日	H5陰性・H3陽性・検査中 その他()		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	H5陰性・H4陽性・検査中 その他()		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	H5陰性・H4陽性・検査中 その他()		
81	RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	H5陰性・H4陽性・検査中 その他()		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	H5陰性・H5陽性・検査中 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	
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 判定: 年 月 日			

* 欄は該当項目にしをつけること。

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	85	+	-	未実施	年 月 日
RSウイルス抗原	86	+	-	未実施	年 月 日
その他	87				年 月 日
	88				年 月 日

(添付資料4) 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)

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)
発症日より	記入例	深夜 ～ 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、9:15 P 駅行き急行に乗車して 9:45 Y 駅で下車。 ・C 株式会社へ出社。 ・D 飲食店で昼食。 ・B 電鉄 Y 駅から 17:30 Q 駅行き急行に乗車して 18:00 X 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：

新型ノウ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：

新型ノウ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：