

この届出は疑似症と判断した際直ちに行ってください

## 感染症発生動向調査（疑似症定点）

報告日 平成 年 月 日

医療機関名： 担当医師：

連絡先：

以下の項目1～3をすべて満たすものとする。

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 項 目 | 1 | 感染症を疑わせるような症状<br>(該当するものに○、その他は具体的に記載)<br>(1) 発 熱<br>(2) 呼吸器症状<br>(3) 発 し ん<br>(4) 消化器症状<br>(5) 神 経 症 状<br>(6) そ の 他 ( ) |
|     | 2 | 医師が一般に認められている医学的知見に基づき<br>集中治療その他これに準ずるものが必要と判断<br>・特記事項<br>( )  |
|     | 3 | 医師が一般に認められている医学的知見に基づき<br>直ちに特定の感染症と診断することができないと判断<br>・特記事項<br>( )   |
| 備考  |   |  |
| 年齢  | 歳 | ヶ月   |
| 性別  | 男 | 女  |