

感 感 発 1212 第 1 号  
令 和 6 年 12 月 12 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・生活衛生局  
感染症対策部感染症対策課長  
( 公 印 省 略 )

鳥インフルエンザ（H5N1）に関する積極的疫学調査の実施等について（依頼）

鳥インフルエンザ（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。）におかれては、「国内の鳥類における鳥インフルエンザ（H5N1）発生時の調査等について」（平成18年12月27日（令和5年11月10日一部改正）付け健感発第1227003号厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課長通知）に基づき対応いただいているところです。

今般、世界における動物及びヒトの鳥インフルエンザ（H5N1）の発生状況等を踏まえ、鳥インフルエンザ（H5N1）患者の発生を早期に発見する観点から、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条の規定に基づく鳥インフルエンザ（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。）及び検査の実施等について下記のとおり定めましたので、関係機関へ周知いただくとともに、その実施に遺漏なきようお願いいたします。本取扱については、今後の状況の変化に応じて、適宜見直しを行う可能性がある点にご留意ください。また、「鳥インフルエンザ（H5N1）に係る積極的疫学調査の実施等について」（平成18年11月22日（平成20年5月12日一部改正）付け健感発第1122001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）は本通知発出日をもって廃止することとします。

なお、下記については地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の9に基づく技術的助言であることを申し添えます。また、別添の事務連絡を公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本獣医師会宛てに発出しておりますことを申し添えます。

## 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。）が行う鳥インフルエンザ（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) 鳥インフルエンザ（H5N1）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) 鳥インフルエンザ（H5N1）に感染した原因、感染経路又は感染した地域の特定
- (3) 鳥インフルエンザ（H5N1）の人に感染させるおそれの程度の評価
- (4) 収集した鳥インフルエンザ（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鳥インフルエンザ（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、積極的疫学調査を実施する職員に対して、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、積極的疫学調査を実施する職員について積極的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。
- (2) 積極的疫学調査の実施に当たっては、個人防護具（防護服、帽子、手袋、N95マスク、ゴーグル）の着用等の十分な感染防御手段を講じること。
- (3) 都道府県知事等は、積極的疫学調査への従事後における職員の健康状態の確認をするとともに、鳥インフルエンザ（H5N1）に感染したおそれのある職員に対して、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、鳥インフルエンザ（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) 積極的疫学調査を実施する職員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よう留意すること。
- (2) (1)の職員に対して、感染防御のための十分な研修、訓練等を実施すること。

- (3) 積極的疫学調査を実施する職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) 鳥インフルエンザ(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) 鳥インフルエンザ(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)から(3)までに掲げる用語は、当該(1)から(3)までに定める意味とする。

##### (1) 患者

「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3の6（3）アからウまでに規定する者

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou11/01-02-07.html>

##### (2) 要観察例

38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状があり、かつ、次のアからウまで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のある鳥類、乳牛(※1)若しくはその他哺乳類又はその死体と、適切な个人防护具の着用(※2)なく、直接接触又は2メートル以内に接近したことがある者(※3)

※1：乳牛にあつては、乳量低下、食欲減少がみられ、原因が特定されない場合を含む。

※2：防護服、帽子、手袋、N95マスク、ゴーグルを適切に着用していること(適切な着脱を含む)。

※3：農場従事者、食鳥処理場従事者、乳運搬業者、と畜場従事者、獣医師等が想定されるがこれに限らない。

イ アの鳥類、乳牛若しくはその他哺乳類の排泄物、未殺菌の乳、生肉又はその加工製品(未殺菌のものに限る。)に直接接触又は摂取した者

ウ 10日以内の患者との接触者(接触者の定義は、(3)参照)

##### (3) 接触者

ア 世帯内接触者

患者と同一住所に居住する者

イ 医療関係者等

患者の診察、処置、搬送等に、防護服、帽子、手袋、N95 マスク又はゴーグルの感染防御策なしに直接係わった医療関係者や搬送担当者

ウ 汚染物質の接触者

患者の体液（血液、唾液、喀痰、尿、便等）に、適切な個人防護具の着用なく接触のあった者。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

エ 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、適切なマスクの着用や目の保護なく、患者と対面で会話等の接触のあった者

## 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) 医師等が要観察例を診察した場合には、最寄りの保健所に連絡し、検体採取や要観察例への聴取、行政検査による確定検査等その後の対応について相談すること。特に、職業、動物との接触歴、個人防護具の着用等の詳細を可能な限り聴取すること。また、検体の採取については、高病原性鳥インフルエンザ診断マニュアル（第3版）」([https://www.niid.go.jp/niid/images/lab-manual/avian\\_influenza\\_2003.pdf](https://www.niid.go.jp/niid/images/lab-manual/avian_influenza_2003.pdf)) に基づき実施すること。

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して添付3を活用し聴取するとともに、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、厚生労働大臣（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課）に連絡すること。なお、採取した検体が提出されない場合にあつては、法第16条の3又は法第26条の3の規定に基づき対応すること。

- (2) (1)により提出を受けた検体について、地方衛生研究所における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13項に基づき、厚生労働大臣に報告するとともに、3による患者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及び国立感染症研究所に送付すること。なお、検体の提出がなされない場合には、法第15条第15項に

に基づき検体提出を求める場合がある。

- (3) (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、法第12条第1項の規定による届出（疑似症患者）を直ちに行うよう知らせるとともに、都道府県知事は当該届出の内容を法第12条第2項の規定に基づき電磁的方法により厚生労働大臣に報告すること。

### 3 患者に係る積極的疫学調査

患者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) 法第12条第1項の規定による医師の届出があった場合には、都道府県知事等は、患者に係る積極的疫学調査を開始すること。
- (2) 都道府県知事等は、患者に係る積極的疫学調査として、次に定めるところにより、鳥インフルエンザ（H5N1）患者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 患者に対する質問又は調査

患者に対する質問又は調査は、添付3を活用し、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を特定する情報。
- ② 当該患者の症状、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、診断年月日
- 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っては、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。

#### 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、患者が発病したと推定される日の1日前から患者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者に対して、可能な限り速やかに実施すること。

また、接触者に対する質問又は調査は、添付1を活用し、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。なお、症状が発生した場合にあっては、要観察例に相

当することから、その後は第3の2に基づき対応すること。また、質問又は調査を行う際は、調査者と被調査者は別室で、携帯電話等情報機器等を活用することで調査者が直接対面での会話等を避ける工夫をすること。

- 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、鳥インフルエンザ（H5N1）の発生の状況、動向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13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、鳥インフルエンザ（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第1項の規定に基づき、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となること。

#### 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、鳥インフルエンザ（H5N1）の感染が疑われる者等に対して、鳥インフルエンザ（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。また、都道府県知事等は、法第16条を踏まえ、収集した感染症に関する情報について適切に情報公開を行うこと。

#### 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。

## 鳥インフルエンザ(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.患者との最終接触日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃			
16. <input type="checkbox"/> 感染防護有り ←該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ 低酸素血症 ・ 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): 白血球数 _____ 赤血球数 _____ 血小板数 _____ 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X線( _____ 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 》

- \* 鳥インフルエンザ(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			
最終接触日より	日	測定時間	体温(°C)	他呼吸器等症状等	備考欄(行先等)
最終接触日	年	朝 :			
	月 日	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 \_\_\_\_\_

## 鳥インフルエンザ(H5N1)患者・要観察例調査票

※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)

鳥インフルエンザ(H5N1)患者・要観察例調査票			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 令和 (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) <span style="float:right">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。</span>					
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)	
	氏名② (続柄) _____	年 月 日生( 歳)		注2)保護者氏名・住所:届出患者が未成年の場合	
	氏名③ (続柄) _____	年 月 日生( 歳)		25. 保護者住所	
	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)		TEL ( )	
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) _____			36. 初診年月日 _____		

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	接	所在地		最終接触	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・確定・不明				
感染源							要観察例・確定・不明				
							要観察例・確定・不明				
渡航歴(感染可能期間に滞在した国・地域を全て記載)											
鳥インフルエンザ(H5N1)の発生が報告されている地域・都市への立ち入りおよび滞在歴がある場合は右欄に○を付ける(今後の発生地域により、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. _____		<input type="checkbox"/> 44. _____		<input type="checkbox"/> 45. _____		<input type="checkbox"/> 46. _____	
		47. 滞在期間		年	月	日	~	年	月	日	
		48. 同行者		( )名		49. 旅行会社名(		( )			
		50. 利用交通機関(飛行機等)		(		(		(			
51. 既往歴											
52. 供血歴(症状出現前7日以内)		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有:		供血日		年	月	日	供血場所
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	/ $\mu$ l	年 月 日
	68. リンパ球	% ( / $\mu$ l )	年 月 日
	69. 血小板数	/ $\mu$ 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 <span style="float: right;">年 月 日</span>
	<input type="checkbox"/> 75. 要観察例 <span style="float: right;">年 月 日</span>
	<input type="checkbox"/> 76. 保留 <span style="float: right;">年 月 日</span>
	<input type="checkbox"/> 77. 否定(不安例を含む) <span style="float: right;">年 月 日</span>
	<input type="checkbox"/> 78. <span style="float: right;">年 月 日</span>
79. 症例棄却の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日 理由
80. 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	81. + ・ - ・ 未実施	年 月 日
RS ウイルス抗原	82. + ・ - ・ 未実施	年 月 日
新型コロナウイルス抗原、PCR	83. + ・ - ・ 未実施	年 月 日
その他	84	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		85. <input type="checkbox"/> 陽性 ( A 型 ・ B 型 ・ AB 不明 )			年 月 日
(迅速検査)		・ <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
86. 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( )	
87. 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( )	
88. 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		
89. 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		
90. 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

## 鳥インフルエンザ（H5N1）患者・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)
発症日より	月 日			
発症1日前	月 日			

備考欄: