

ペスト症例（肺・敗血症・腺）
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	初診：年 月 日 時		医療機関名： 電話： - - 主治医：		
15	入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		16	入院医療機関名：	
			17	主治医名：	
18	入院医療機関所在地：		電話：		
19	入院日：年 月 日	20	退院日：年 月 日	21	死亡日：年 月 日
22	患者氏名：	23	性別：男・女	24	生年月日：年 月 日（歳）
25	患者住所：				
26	患者電話番号：自宅： - -		携帯： - -		
27	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）				
28	勤務先／学校名：				
29	勤務先／学校所在地：				
30	勤務先／学校電話番号： - -				
31	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				
32	連絡先電話番号：自宅： - -		携帯： - -		
33	既往歴	糖尿病	なし	あり	
		呼吸器疾患	なし	あり	
		心疾患	なし	あり	
		HIVその他の免疫不全	なし	あり	
		悪性腫瘍（がん）	なし	あり	
		妊娠	なし	あり	
		その他（ ）	なし	あり	
		（ ）	なし	あり	

34	同居者 (氏名) (続柄) (生年月日)	35	本人以外の連絡先
	① 年 月 日 (歳)		氏名 :
	② 年 月 日 (歳)		本人との関係 :
	③ 年 月 日 (歳)		住所 :
	④ 年 月 日 (歳)		
	⑤ 年 月 日 (歳)		自宅 : - -
	⑥ 年 月 日 (歳)		携帯 : - -

ペスト流行国への渡航歴

36	渡航 あり なし		
37	地域 :	38	期間 : 月 日 ~ 月 日
39	交通手段 (電車、船、航空機の詳細)		
40	同行者 : 名 (詳細 :)		
41	旅行会社名 : 電話番号		

過去1週間の現地医療機関受診歴 あり なし

42	<p>接触状況 (発症7日前から発症までの症例や呼吸器症状のある人との接触、人ごみに行ったエピソード)</p>
----	---

臨床症状（可能であれば発症時間も）				44	備考	
※必ず1つ1つの症状の有無について尋ね、ない場合はなしに○をつけてください						
43	38度以上の発熱	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)	最高体温 °C 内容： 内容：	
45	リンパ節腫脹	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
46	全身倦怠感	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
47	頭痛	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
48	結膜炎	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
49	鼻汁・鼻閉	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
50	咽頭痛	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
51	咳	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
52	息苦しさ	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
53	嘔気	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
54	嘔吐	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
55	下痢	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
56	筋肉痛・関節痛	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
57	その他 1	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
58	その他 2	なし	あり	(月 日 ~ 月 日)		
59	診断から初回調査までの経過					
臨床所見						
60	治療薬					
	薬剤名 ()	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬開始日:	年 月 日		
	薬剤名 ()	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬開始日:	年 月 日		
	薬剤名 ()	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬開始日:	年 月 日		
	薬剤名 ()	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬開始日:	年 月 日		
判定						
61	<input type="checkbox"/> 確定診断		年 月 日			
62	<input type="checkbox"/> 可能性例		年 月 日			
63	<input type="checkbox"/> 疑似症例		年 月 日			
64	<input type="checkbox"/> 保留		年 月 日			
65	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 合併症 () <input type="checkbox"/> 死亡 ()					
66	症例棄却 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 理由					
67	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。

ペスト特異的検査結果				
68	抗原ないし抗体検査 (迅速検査)	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査未実施	69 検体採取日： 年 月 日 70 結果判定日： 年 月 日	
71	抗原ないし抗体検査 (2回目) (迅速検査)	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査未実施	72 検体採取日： 年 月 日 73 結果判定日： 年 月 日	
	75 検体材料	検体採取・結果判定日	78 結果	79検査実施施設
74	菌分離同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	76採取： 年 月 日 77判定： 年 月 日		
	感受性検査	薬剤感受性	結果：MIC値、阻止円径等	
80	判定 月 日 検査実施施設	82 ストレプトマイシン		
		83 ゲンタマイシン		
81		84 ドキシサイクリン		
		85 シプロフロキサシン		
82		86 レボフロキサシン		
		87 クララムフェニコール		
		88 その他 ()		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
89	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		

* □欄は該当項目にレをつけること。

ペスト以外の病原体検査結果			
	検査病原体名	検査結果	検査日時
90			年 月 日
91			年 月 日
92			年 月 日

(添付2)

肺ペスト症例（確定例・可能性例・疑似症例）行動調査票（記入例）

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)
	記入例	深夜 ～早朝 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)

備考：

肺ペスト症例症例（確定診断・疑似症）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：

肺ペスト症例（確定例・可能性例・疑似症例）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：

肺ペスト症例（確定例・可能性例・疑似症例）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：

肺ペスト症例（確定例・可能性例・疑似症例）行動調査票（発症3日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

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 3 日後	月 日 ()							

備考：

肺ペスト症例（確定例・可能性例・疑似症例）行動調査票（発症4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 4 日後	月 日 ()						

備考：

肺ペスト症例（確定例・可能性例・疑似症例）行動調査票（発症5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 5 日後	月 日 ()							

備考：

(添付3)

ペスト(肺・敗血症・腺) 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： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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： - - 携帯： - -		
17	同居人の状況		
	氏名 1	続柄	年齢 歳
	氏名 2	続柄	年齢 歳
	氏名 3	続柄	年齢 歳
	氏名 4	続柄	年齢 歳
	氏名 5	続柄	年齢 歳
	氏名 6	続柄	年齢 歳
18	患者との接触状況(日付、場所、接触内容を記載)		
19	患者最終接触日時： 年 月 日 時ごろ		
20	接触した症例の病型 <input type="checkbox"/> 肺ペスト <input type="checkbox"/> 腺ペスト <input type="checkbox"/> 敗血症型		
21	接触時感染防御： <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		

接触者の調査時の状態

22	体温：()°C → 38°C以上の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
23	呼吸器症状： <input type="checkbox"/> なし：咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・その他() <input type="checkbox"/> あり
25	発熱・呼吸器症状以外の症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	その他の症状()
	その他の症状()

検査医療機関() 電話() 主治医()

医療機関での検査、診断名など(自由記載)

* 太枠内は必須。検査所見に関してはわかっている場合は記載のこと。検査所見日付は検体採取日。

ペスト(肺・敗血症・腺)接触者における健康観察表

(添付4)

接触者番号：																
接触患者：病型(肺・敗血症・腺) 発生届受理番号：																
	観察開始日		開始後1日目		開始後2日目		開始後3日目		開始後4日目		開始後5日目		開始後6日目		開始後7日目	
日付	/		/		/		/		/		/		/		/	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
体温																
呼吸器症状	咳・痰															
	息苦しさ															
	胸痛															
	その他															
呼吸器症状以外	リンパ節の腫れ															
	頭痛															
	全身倦怠感															
	嘔吐															
	その他															
予防内服 ()																
連絡手段																
確認者																

本人氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____ 患者との関係 _____

曝露の状況(時・場所) _____ 備考 _____

本人連絡先: 自宅 _____ 携帯 _____

(添付5)

体温記録用紙

* ペストの潜伏期間は肺ペストで3日以内、腺ペストで7日以内といわれています。
 * 肺ペストに関しては、接触があった日から4日間、発熱や呼吸器症状がなければ、ほぼ感染はなく、他への感染力もないと思われます。
 * 無症状であれば、接触があった日から7日間についても平常通りの生活が可能です。ただし、できるだけ外出などは控えていただき、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いたします。もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに最寄りの保健所・保健センターへご連絡ください。

接触者番号：

住所：

氏名：

自宅電話：

-

携帯電話：

-

患者との最終接触日時：

年

月

日

時ごろ

最終接触より	日付	測定時間	体温(°C)	予防内服	症状(咳・痰、息苦しさ、胸痛、頭痛、全身倦怠感、リンパ節の腫れ等)	備考欄(行先等)
0日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
1日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
2日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
3日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
4日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
5日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
6日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
7日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

問い合わせ・連絡先

保健所名：

担当者：

所在地：

電話番号：

-

FAX：

-