

(添付3)

新型インフルエンザ接触者調査票

1 調査担当保健所名：	調査者氏名：
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()

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おきのみ)

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 患者または豚との接触状況(日付、場所、接触内容を記載)	
19 患者または豚との最終接触日時： 年 月 日 時ごろ	
20 <input type="checkbox"/> 高危険接触者 <input type="checkbox"/> 低危険接触者 <input type="checkbox"/> 要観察例との接触	
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：()℃ → 38℃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・低酸素症・その他() <input type="checkbox"/> あり
24 消化器症状： <input type="checkbox"/> なし：下痢・嘔吐・腹痛・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：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。

新型コロナウイルス接触者モニタリング票

接触者番号： _____ 氏名： _____

患者/豚との最終接触日時： _____年 _____月 _____日 _____時 _____ころ

入国 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・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
1日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
2日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
3日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
4日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
5日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
6日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
7日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
8日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
9日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
10日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他()	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他()	

連絡先： 自宅： _____ - _____
 携帯： _____ - _____

担当者名： _____

体温記録用紙

* 新型コロナウイルスの潜伏期間は最長でも10日以内といわれています。
 * 接触があった日から10日間、38度以上の急な発熱、呼吸器症状、下痢症状がなければ、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10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/豚との最終接触日時：

年 月 日 時ごろ

最終接触より	日付	測定時間	体温(℃)	予防内服	症状(咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・下痢・嘔吐・腹痛等)	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 ()	
8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 ()	
9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 ()	
10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：