

デング熱・チクングニア熱・ジカウイルス感染症疑い患者検査票

(保健所 支所 管内) 保健環境センター受付 (年 月 日)

医療機関名		主治医 科	
患者氏名		性別： ☐ 男 ☐ 女	
住所		年齢： 才 (年 月 日生)	
発病年月日： 年 月 日 受診年月日： 年 月 日			
転帰： ☐ 経過観察中 ☐ 入院 (月 日～) ☐ 治癒 ☐ その他 ()			
疫学情報 ☐ 単発症例 ☐ 家族も発症 ☐ 同行者も発症 ☐ 居住地の近隣で同様の症例有 ☐ その他 ()			
検体採取日 年 月 日 採血日体温 ℃		検体の種類 ☐ 血清 ☐ 全血 ☐ 尿 ☐ その他 ()	
複数検体の場合 ☐ 急性期 月 日 ☐ 回復期 月 日 ☐ 月 日 ☐ 月 日		検査データ 病初期 → 現在 月 日 月 日 ・赤血球数 _____ ・白血球数 _____ ・血小板 _____ ・CRP _____ ・GOT(AST) _____ ・GPT(ALT) _____ ・LDH _____	
予防接種歴 日本脳炎 ☐ 有 (年) ☐ 無 黄 熱 ☐ 有 (年) ☐ 無			
症状・徴候 ☐ 発熱 最高体温 (℃) (月 日～ 月 日) ☐ 頭痛 ☐ 後眼窩部痛 ☐ 結膜炎 ☐ 悪寒 ☐ 関節痛 ☐ 筋肉痛 ☐ 関節炎・関節腫脹 (部位：) ☐ 発疹 (月 日～) (部位：) ☐ 出血斑 ☐ 水疱疹 ☐ 紅斑 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 嘔吐 ☐ 嘔気 ☐ 髄膜炎症状 ☐ 痙攣 ☐ 失見当識 ☐ 昏睡状態 レベル () ☐ 咳 ☐ 咽頭痛 ☐ 咽頭炎 ☐ 気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ その他の症状 ()		その他の情報 旅行歴 ☐ 無 ☐ 有 (渡航先：) 旅行行程 (国名：都市・地域名) 月 日 ～ 月 日 () 月 日 ～ 月 日 () 月 日 ～ 月 日 () 月 日 ～ 月 日 () 月 日 ～ 月 日 () その他特記すべき旅行中のエピソード ☐ 動物との接触があった () ☐ 蚊に刺された。 ☐ ダニ・ノミに刺された () ☐ なにか分からないが虫に刺された () 現居住地 ☐ 日本 ☐ 海外 ()	
		特記事項	