アルボウイルス検査依頼書 FAX:03-5285-1188



|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名：依頼者：FAX 番号：e-mail： | 患者 ID： 性別 □男 □女年齢 : 歳 |
| 発病日（MM/DD/YYYY） / / 臨床診断名；  |
| 検査希望項目□ ウイルス検査□ 抗体検査 | 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 |
| 検査対象項目□ 日本脳炎 □ ウエストナイル熱・脳炎□ デング熱 □ チクングニヤ熱　□ ロスリバー熱　□ 黄 熱 □ ジカ熱　 □ その他（　　　　 　 | 外注検査依頼（感染症）□有□無） | 検体の由来□ヒト□動物 |
| 検体採取日 年 月 日採血日体温 ℃ | 検体の種類□ 血清 □全血 □髄液□ 尿 □唾液 | 検査データ(病初期、現在) |
| 月 日 月 日・ RBC ・ WBC ・ platelet ・ CRP ・ GOT(AST) ・ GPT(ALT) ・ 髄液細胞数  |
| 検体情報（採取日）複数検体の場合□ 急性期 月 日□ 回復期 月 日□ S3 月 日□ S4 月 日□ S5 月 日 | 予防接種歴日本脳炎 □有（ 年）□無黄 熱 □有（ 年）□無その他； |
| 症状・徴候 |
| 1. 発熱□ 悪寒□ 発熱体温（ ℃）発熱日（ 月 日）持続期間（ 日）□ 発熱中□ 解熱日（ 月 日）２. 皮膚・関節症状□ 発疹 □ 出血斑 □水泡疹 □ 紅斑□ 関節痛 □ 筋肉痛３.消化器症状□ 下痢 □ 便秘 □ 嘔吐 □ 悪心４.中枢神経症状□ 頭痛 □ 髄膜炎症状 □ 痙攣□ 失見当識□ 昏睡状態（レベル ）５.呼吸器症状□ 咳 □ 咽頭痛 □ 肺炎症状６. その他の症状□ 後眼窩痛 | 旅行歴□ 無□ 有（渡航先；国名）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：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。居住地□ 日本 □海外（国名 ） |

上記に記入し Fax にて送信願います。国立感染症研究所ウイルス第一部第 2 室 林　昌宏 宛

〒162-8640 東京都新宿区戸山 1-23-1

FAX(03)5285-1188, TEL(03)5285-1111(代表)、(03)5285-1188(ﾀﾞｲｱﾙｲﾝ), e-mail : ck@nih.go.jp