

医療機関名: 依頼者: FAX 番号: e-mail:		患者 ID: 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢: 歳	発病日(MM/DD/YYYY) _____ / _____ / _____ 臨床診断名: _____
検査希望項目 <input type="checkbox"/> ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 抗体検査		疫学情報 <input type="checkbox"/> 単発症例 <input type="checkbox"/> 家族も発症 <input type="checkbox"/> 同行者も発症 <input type="checkbox"/> 居住地の近隣で同様の症例有	
検査対象項目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ウエストナイル熱・脳炎 <input type="checkbox"/> ジカ熱 <input type="checkbox"/> 黄熱 <input type="checkbox"/> デング熱 <input type="checkbox"/> チクングニヤ熱 <input type="checkbox"/> ロスリバー熱 <input type="checkbox"/> ダニ媒介脳炎 <input type="checkbox"/> オロプーシェ熱 <input type="checkbox"/> その他()		外注検査依頼(感染症) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検体の由来 <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 蚊等
検体採取日 ____年 ____月 ____日 採血日体温 _____ °C	検体の種類 <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 唾液	検査データ(病初期、現在)	
検体情報(採取日) 複数検体の場合 <input type="checkbox"/> 急性期 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 回復期 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S3 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S4 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S5 ____月 ____日	予防接種歴 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 有(____年) <input type="checkbox"/> 無 ダニ媒介脳炎 <input type="checkbox"/> 有(____年) <input type="checkbox"/> 無 黄熱 <input type="checkbox"/> 有(____年) <input type="checkbox"/> 無 デング熱 <input type="checkbox"/> 有(____年) <input type="checkbox"/> 無 その他;()	<ul style="list-style-type: none"> ・ RBC _____ ・ WBC _____ ・ Platelet _____ ・ CRP _____ ・ GOT(AST) _____ ・ GPT(ALT) _____ ・ 髄液細胞数 _____ 	
症状・徴候			
<p>1. 発熱</p> <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 体温(_____ °C) 発熱日(____月 ____日) 持続期間(____日) <input type="checkbox"/> 発熱中 <input type="checkbox"/> 解熱日(____月 ____日) <p>2. 皮膚・関節症状</p> <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 出血斑 <input type="checkbox"/> 水泡疹 <input type="checkbox"/> 紅斑 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <p>3. 消化器症状</p> <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 悪心 <p>4. 中枢神経症状</p> <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 髄膜炎症状 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 眩暈 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 項部硬直 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 昏睡状態(レベル _____) <p>5. 呼吸器症状</p> <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 肺炎症状 <p>6. その他の症状</p> <input type="checkbox"/> 後眼窩痛 (_____) _____ _____ _____)		<p>旅行歴</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(渡航先; 国名 _____) <p>旅行行程(国名: 都市・地域名)</p> ____月 ____日 ~ ____月 ____日: ____月 ____日 ~ ____月 ____日: ____月 ____日 ~ ____月 ____日: <p>その他特記すべき旅行中のエピソード</p> <input type="checkbox"/> 動物との接触があった。 <input type="checkbox"/> 蚊に刺された。 <input type="checkbox"/> ダニ・ノミに刺された。 <input type="checkbox"/> ヌカカに刺された。 <input type="checkbox"/> なにか分からないが虫に刺された。 <p>居住地</p> <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 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 (ダイヤルイン), e-mail : ck@niid.go.jp