検　体　送　付　表　（１）

受付日　　年　　月　　日（※１）

受付No.　　　　　　　　（※１）

依頼機関名（保健所、地方衛生研究所、病医院・科等）

所在地

電　話

担当者（主治医等）氏名

患者番号（※２）

男・女（該当するものに○）、年齢　　　歳（※3）

発　病　　　　　年　　月　　日　　　　　　　検体番号（※1）

血清（急性期）　　　　月　　日　　　　No.

血清（回復期）　　　　月　　日　　　　No.

便　　　　　　　　　　月　　日　　　　No.

尿　　　　　　　　　　月　　日　　　　No.

髄液　　　　　　　　　月　　日　　　　No.

咽頭拭液　　　　　　　月　　日　　　　No.

その他　　　　　　　　月　　日　　　　No.

臨床診断名：

症状等（該当するものに○、複数可、その他については記載）

　　　　　：上気道疾患　肺炎　麻痺　脳炎　髄膜炎　下痢　発疹

　　　　　　不明熱　症状なし

　　　　　　その他

参考事項　：

疫学的事項（該当するものに○、その他について記載）

　　　　　：流行　散発　単発　家族　健常対照者　その他

既往症 ：

予防接種　：

連絡事項　：

備考　１　被験者が１０名までの場合にはこの用紙を使用し、被験者１名に１枚記入して下さい。

　　　２　※1は国立感染症研究所にて記入します。

　　　３　※2の患者番号と患者氏名等患者の個人情報との対照対応表は、依頼機関で作成して保管して下さい。

４　※3は、発病年月日における満年齢を記入して下さい。

５　被検材料についての検査で特に希望する事項がありましたら連絡事項に記入して下さい。できる限り希望にそった検査をすすめます。

６　記入の際は黒インク、ボールペンでお願いします。