同　定　依　頼　票

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

分離方法（該当するものに○、その他については記載）

：組織培養（　Vero　　RD　　HeLa　　ＨＥp-2　　その他　　　　　　　　　　）

ふ化鶏卵（　羊水　　尿膜液　　尿膜　　その他　　　　　　　　　　　　　　）

動　　物（　マウス　　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

分離経過（該当するものに○、その他については記載）

：検体種別（　血液　髄液　咽頭拭い液　尿　便　水疱内容　その他　　　　　　）

　：検体採取時期

自家検査成績：

患者番号（※２）

男・女（該当するものに○）、年齢　　　歳（※3）

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　※1は国立感染症研究所にて記入します。

　　　２　※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。検査希望事項（ウイルスの種類など）がありましたら連絡事項に記入して下さい。

３　※3は、発病年月日における満年齢を記入して下さい。

４　被検材料1件につき必ず1枚記入し、流行などで多数の場合はこれに準じて記入して下さい。

５　記入の際は黒インク、ボールペンでお願いします。