

**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: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院 ( 月 日~) <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> その他 ( )																									
<b>疫学情報</b> <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )																									
<b>検体採取日</b> 年 月 日 採血日体温 °C	<b>検体の種類</b> <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> その他 ( )																								
<b>複数検体の場合</b> <input type="checkbox"/> 急性期 月 日 <input type="checkbox"/> 回復期 月 日 <input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 月 日	<b>検査データ</b> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;"></th> <th style="width:30%;">病初期 月 日</th> <th style="width:30%;">→ 現在 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>・赤血球数</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>・白血球数</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>・血小板</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>・CRP</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>・GOT (AST)</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>・GPT (ALT)</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>・LDH</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		病初期 月 日	→ 現在 月 日	・赤血球数	_____	_____	・白血球数	_____	_____	・血小板	_____	_____	・CRP	_____	_____	・GOT (AST)	_____	_____	・GPT (ALT)	_____	_____	・LDH	_____	_____
	病初期 月 日	→ 現在 月 日																							
・赤血球数	_____	_____																							
・白血球数	_____	_____																							
・血小板	_____	_____																							
・CRP	_____	_____																							
・GOT (AST)	_____	_____																							
・GPT (ALT)	_____	_____																							
・LDH	_____	_____																							
<b>予防接種歴</b> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 有 ( 年) <input type="checkbox"/> 無 黄 熱 <input type="checkbox"/> 有 ( 年) <input type="checkbox"/> 無																									
症状・徴候	その他の情報																								
<input type="checkbox"/> 発熱 最高体温 ( °C) ( 月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 後眼窩部痛 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 関節炎・関節腫脹 (部位: ) <input type="checkbox"/> 発疹 ( 月 日~) (部位: ) <input type="checkbox"/> 出血斑 <input type="checkbox"/> 水疱疹 <input type="checkbox"/> 紅斑  <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 髄膜炎症状 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 昏睡状態 レベル ( )  <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> その他の症状 ( )	<b>旅行歴</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (渡航先: )  <b>旅行行程</b> (国名: 都市・地域名) 月 日 ~ 月 日 ( ) 月 日 ~ 月 日 ( )  <b>その他特記すべき旅行中のエピソード</b> <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"/> なにか分からないが虫に刺された ( )  <b>現居住地</b> <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 海外 ( )																								
	<b>特記事項</b>																								