麻しん・風しん検査依頼票

 衛研受付　　　年　　月　　日

 検体番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※麻しん・風しん | 機関名 |  | 担当者（主治医） |  |
| 患　者 | 氏　名 |  | ※男・女 | 　　　年　　　月　　　日生（　　歳） |
| ０歳の場合は必ず月齢記入（　　カ月） |
| 住　所 | 　　　　市　　　　　　町　　　　郡　　　　　　村 | 施設名 | 　　　　　　（　　年　　組） |
| 検査材料 | 採取日 | 年　　月　　日 | 発病日 | 年　　月　　日 |
| ※材料の種類 | 咽頭ぬぐい液、尿、その他（　　　　　　　） |
| 臨床症状 | 疫学的事項 | 散発・家族内（有、無）・地域流行（有、無）集団発生（有、無：保育園、幼稚園、学校、その他【　　　　　　　】）ワクチン接種歴（有：１回目 　　　年　　月、２回目 　　　年　　月、無、不明） |
| ※臨床症状 | 無症状発熱（最高　　　℃）　コプリック斑（有、無）　咳そう（－、＋、＋＋）鼻汁（－、＋、＋＋）　咽頭発赤（－、＋、＋＋）　眼脂（－、＋、＋＋）発疹（－、＋、＋＋）出現日　　月　　日リンパ節腫脹（有、無：耳介後部、頸部、後頭部）　その他（　　　　　　　　） |
| 検査結果：報告日　　年　　月　　日 |

※の欄は該当事項に○をする。

太枠の中は必ず記入して下さい。