

## 感染症発生動向調査検査票（病原体）（定点控）

患者	性別	（ 男 ・ 女 ）	備考 <small>（氏名・識別番号等、 定点での必要事項を記入）</small>
	年齢	（ 歳 か月）	

※備考欄は2枚目、3枚目に複写されません。

[主治医等記載欄]	[該当するものを○で囲んで下さい]	・急性呼吸器感染症定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感染症定点 ・基幹定点
-----------	-------------------	---

医療機関、診療科等名	主治医等 医師名
------------	-------------

入院・外来の別 [該当する方を○で囲んで下さい]				入院 ・ 外 来			
検体送付日	月	日	発病月日	月	日	採取日	月 日

臨床 診断	診断名 [該当するものを○で囲んで下さい]	<b>インフルエンザ<sup>※</sup>、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)、急性呼吸器感染症<sup>※1</sup>                  感染性胃腸炎、ヘルパンギーナ、手足口病<sup>※2※3</sup>                  カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症 [菌種名 ]                  RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、水痘、                  伝染性紅斑、突発性発しん、流行性耳下腺炎、感染性胃腸炎(ロタウイルスに限る)<sup>※4</sup>、                  急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、細菌性髄膜炎<sup>※5</sup>、無菌性髄膜炎</b>
----------	--------------------------	--

検 査 材 料	材料の種類 [該当するものを○で囲んで下さい]	・尿 ・ふん便（腸内容物、直腸ぬぐい液） ・吐物 ・陰部尿道頸管擦過物/分泌物 ・髄液 ・咽頭ぬぐい液（うがい液、鼻汁） ・喀痰 ・結膜ぬぐい液（結膜擦過物、眼脂） ・気管吸引液 ・皮膚病巣（水疱内容液、痂皮、創傷） ・血液（全血、血清、血漿、抗凝固剤 [ ]） ・穿刺液（腹水、胸水、関節液、その他 [ ]） ・細胞診、生検、剖検材料（臓器） ・その他 [ ]
------------------	----------------------------	---

臨 床 的 事 項	臨床症状 ・徴候等 [該当するものを○で囲んで下さい] （基礎疾患を除く）	・無症状 ・熱性けいれん ・胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ・頭痛 ・発熱（最高 ℃） ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・口内炎、 ・関節痛、筋肉痛 ・髄膜炎、意識障害、麻痺(部位 ) ・上気道炎 ・下気道炎（肺炎、気管支炎） ・循環器障害（心筋炎、心膜炎、心不全） ・水疱 ・発疹（丘疹、紅斑、バラ疹） ・黄疸 ・出血傾向(全身性のもの) ・肝機能障害 ・リンパ節腫脹(部位 ) ・浮腫(部位 ) ・尿路生殖器症状 ・ショック症状（低血圧、循環不全） ・腎機能障害（HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全） ・中枢神経系症状（脳炎、脳症、脊髄炎、その他 [ ]） ・その他の症状（上記以外の症状や臨床徴候） [ ]
-----------------------	--	--

基礎疾患	転帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り 死亡(原因 )
------	----	------------------------------

主治医等から地方衛生研究所への連絡事項

\* 全自動遺伝子解析装置による検査の有無（有・無）結果 [ ]

\* インフルエンザ<sup>※</sup> 迅速キットの使用 無 ・ 有 （陰性・判定保留・陽性： 型）メーカー名 [ ]

\* 抗インフルエンザ<sup>※</sup> 薬投与 無 ・ 有 （予防投与・治療投与）薬剤名 [ ]

投与開始日： 年 月 日、投与終了日： 年 月 日

保健所コード<sup>\*</sup> 保健所登録全数報告ID 衛研受付番号（検体提供者番号）

□□-□□-□□ □□□□-□□□□-□□□□□ □□□□□□□□

[保健所等記載欄]（主治医記載可）

発生状況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生（ 無、 有 ） ・集団発生（ 無、 有 ） ・発生市区町村（ ） 有の場合（保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、 宿舍・寮、病院、老人ホーム[介護施設を含む]、 福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、 海外ツアー、国内ツアー、その他 [ ]）
------	---

最近の 海外渡航歴	国 名	期 間	年 月 日
		～	年 月 日

ワクチン接種歴	（無、有、不明） 最終接種年月日	年 月 日
	ワクチン名	(Lot No. )

[地方衛生研究所記載欄]

記 載 者 名	
---------	--

抗体検出 方法（ ）	結果（ ）
------------	-------

病 原 体 検 出	検出年月日 年 月 日 検出方法 [陽性とな った方法を ○で囲んで 下さい]	・分離培養 培養細胞名 [ ] 人工培地、鶏卵、その他 [ ] ・抗原検出等（RPLA、LA、その他 [ ]） ・遺伝子検出（PCR、リアルタイムPCR、PCR+シーケンス、LAMP、ハイブリ、PAGE、 その他 [ ]） ・電顕 ・鏡検
-----------------------	--	--

検出病原体 (群、型、亜型)	
-------------------	--

※1 【急性呼吸器感染症定点】は、原則、週の第2営業日に収集された、はじめの5検体の提出をお願いします。

※2 流行期は、ヘルパンギーナ・手足口病：4月～9月、感染性胃腸炎：10月～4月とします。

※3 【小児科定点】は、流行期(※2)に、ヘルパンギーナ、感染性胃腸炎や手足口病の患者を診断した場合は、各疾病につき月4症例の検体提出をお願いします。

※4 診断名欄の感染性胃腸炎（ロタウイルスに限る。）は、【基幹定点】に限りません。

※5 診断名欄の細菌性髄膜炎については、インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌による髄膜炎を除きます。

注1) 主治医等記載欄については、検体採取日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注2) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。

注3) 医療機関（民間検査所を含む）で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。

注4) 全自動遺伝子解析装置等を設置しており、同装置にて検査を行った場合は、得られた結果を [主治医等から地方衛生研究所への連絡事項] に記載をお願いします。

[その他特記事項]

## 感染症発生動向調査検査票（病原体）

患者	性別	（ 男 ・ 女 ）
	年齢	（ 歳 か月）

[主治医等記載欄]	[該当するものを○で囲んで下さい]	・急性呼吸器感染症定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感染症定点 ・基幹定点
-----------	-------------------	---

医療機関、診療科等名	主治医等 医師名
------------	----------

入院・外来の別 [該当する方を○で囲んで下さい]				入院 ・ 外来			
検体送付日	月 日 発病月日	月 日 採取日	月 日		月 日		月 日

臨床診断	診断名 [該当するものを○で囲んで下さい]	インフルエンザ <sup>*</sup> 、 <b>新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)</b> 、 <b>急性呼吸器感染症<sup>*</sup></b> <b>感染性胃腸炎、ヘルパンギーナ、手足口病<sup>**2**3</sup></b> カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症 [菌種名 ] RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、水痘、 伝染性紅斑、突発性発しん、流行性耳下腺炎、感染性胃腸炎(ロタウイルスに限る) <sup>**4</sup> 、 急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、細菌性髄膜炎 <sup>**5</sup> 、無菌性髄膜炎
------	--------------------------	---

検査材料	材料の種類 [該当するものを○で囲んで下さい]	・尿 ・ふん便（腸内容物、直腸ぬぐい液） ・吐物 ・陰部尿道頸管擦過物/分泌物 ・髄液 ・咽頭ぬぐい液（うがい液、鼻汁） ・喀痰 ・結膜ぬぐい液（結膜擦過物、眼脂） ・気管吸引液 ・皮膚病巣（水疱内容液、痂皮、創傷） ・血液（全血、血清、血漿、抗凝固剤 [ ]） ・穿刺液（腹水、胸水、関節液、その他 [ ]） ・細胞診、生検、剖検材料（臓器） ・その他 [ ]
------	----------------------------	---

臨床的事項	臨床症状 ・徴候等 [該当するものを○で囲んで下さい]	・無症状 ・熱性けいれん ・胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ・頭痛 ・発熱（最高 ℃） ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・口内炎、 ・関節痛、筋肉痛 ・髄膜炎、意識障害、麻痺(部位 ) ・上気道炎 ・下気道炎（肺炎、気管支炎） ・循環器障害（心筋炎、心膜炎、心不全） ・水疱 ・発疹（丘疹、紅斑、バラ疹） ・黄疸 ・出血傾向(全身性のもの) ・肝機能障害 ・リンパ節腫脹(部位 ) ・浮腫(部位 ) ・尿路生殖器症状 ・ショック症状（低血圧、循環不全） ・腎機能障害（HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全） ・中枢神経系症状（脳炎、脳症、脊髄炎、その他 [ ]） ・その他の症状（上記以外の症状や臨床徴候） [ ]
-------	-----------------------------------	--

基礎疾患	転帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り 死亡(原因 )
------	----	------------------------------

主治医等から地方衛生研究所への連絡事項

\* 全自動遺伝子解析装置による検査の有無（有・無）結果 [ ]

\* インフルエンザ<sup>\*</sup> 迅速キットの使用 無 ・ 有（陰性・判定保留・陽性： 型）メーカー名 [ ]

\* 抗インフルエンザ<sup>\*</sup> 薬投与 無 ・ 有（予防投与・治療投与）薬剤名 [ ]

投与開始日： 年 月 日、投与終了日： 年 月 日

□□-□□-□□ □□□□-□□□□-□□□□□ □□□□□□□□

[保健所等記載欄]（主治医記載可）

発生の状況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生（ 無、 有 ） ・集団発生（ 無、 有 ） ・発生市区町村（ ） 有の場合（保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、 宿舍・寮、病院、老人ホーム[介護施設を含む]、 福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、 海外ツアー、国内ツアー、その他 [ ]）
-------	---

最近の海外渡航歴	国名	期間	年 月 日
----------	----	----	-------

ワクチン接種歴	（無、有、不明）	最終接種年月日	年 月 日
---------	----------	---------	-------

ワクチン名	(Lot No. )
-------	------------

[地方衛生研究所記載欄]

記載者名	
------	--

抗体検出 方法（ ）	結果（ ）
------------	-------

病原体検出	検出年月日 年 月 日 検出方法 [陽性となった方法を○で囲んで下さい]	・分離培養 培養細胞名 [ ] 人工培地、鶏卵、その他 [ ] ・抗原検出等（RPLA、LA、その他 [ ]） ・遺伝子検出（PCR、リアルタイムPCR、PCR+シーケンス、LAMP、ハイブリ、PAGE、その他 [ ]） ・電顕 ・鏡検
-------	--	--

検出病原体（群、型、亜型）	
---------------	--

※1 【急性呼吸器感染症定点】は、原則、週の第2営業日に収集された、はじめの5検体の提出をお願いします。

※2 流行期は、ヘルパンギーナ・手足口病：4月～9月、感染性胃腸炎：10月～4月とします。

※3 【小児科定点】は、流行期(※2)に、ヘルパンギーナ、感染性胃腸炎や手足口病の患者を診断した場合は、各疾病につき月4症例の検体提出をお願いします。

※4 診断名欄の感染性胃腸炎（ロタウイルスに限る。）は、【基幹定点】に限りません。

※5 診断名欄の細菌性髄膜炎については、インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌による髄膜炎を除きます。

注1) 主治医等記載欄については、検体採取日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注2) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。

注3) 医療機関（民間検査所を含む）で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。

注4) 全自動遺伝子解析装置等を設置しており、同装置にて検査を行った場合は、得られた結果を [主治医等から地方衛生研究所への連絡事項] に記載をお願いします。

[その他特記事項]

福岡県保健 環境研究所	保 健 所 受 付 印
----------------	----------------

## 感染症発生動向調査検査票（病原体）

患者	性別	（ 男 ・ 女 ）
	年齢	（ 歳 か月 ）

[主治医等記載欄]	[該当するものを○で囲んで下さい]	・急性呼吸器感染症定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感染症定点 ・基幹定点
-----------	-------------------	---

医療機関、診療科等名	主治医等 医師名
------------	----------

入院・外来の別 [該当する方を○で囲んで下さい]				入院 ・ 外 来			
検体送付日	月	日	発病月日	月	日	採取日	月 日

臨床診断	診断名	インフルエンザ <sup>*</sup> 、 <b>新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)</b> 、 <b>急性呼吸器感染症<sup>※1</sup></b> <b>感染性胃腸炎、ヘルパンギーナ、手足口病<sup>※2※3</sup></b> カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症 [菌種名 _____ ] RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、水痘、 伝染性紅斑、突発性発しん、流行性耳下腺炎、感染性胃腸炎 (ロタウイルスに限る) <sup>※4</sup> 、 急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、細菌性髄膜炎 <sup>※5</sup> 、無菌性髄膜炎
------	-----	---

検査材料	材料の種類	・尿 ・ふん便 (腸内容物、直腸ぬぐい液) ・吐物 ・陰部尿道頸管擦過物/分泌物 ・髄液 ・咽頭ぬぐい液 (うがい液、鼻汁) ・喀痰 ・結膜ぬぐい液 (結膜擦過物、眼脂) ・気管吸引液 ・皮膚病巣 (水疱内容液、痂皮、創傷) ・血液 (全血、血清、血漿、抗凝固剤 [ _____ ]) ) ・穿刺液 (腹水、胸水、関節液、その他 [ _____ ]) ) ・細胞診、生検、剖検材料 (臓器 _____ ) ・その他 [ _____ ]
------	-------	---

臨床的事項	臨床症状・徴候等 [該当するものを○で囲んで下さい]	・無症状 ・熱性けいれん ・胃腸炎 (下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ・頭痛 ・発熱 (最高 _____ °C) ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・口内炎、 ・関節痛、筋肉痛 ・髄膜炎、意識障害、麻痺 (部位 _____ ) ・上気道炎 ・下気道炎 (肺炎、気管支炎) ・循環器障害 (心筋炎、心膜炎、心不全) ・水疱 ・発疹 (丘疹、紅斑、バラ疹) ・黄疸 ・出血傾向 (全身性のもの) ・肝機能障害 ・リンパ節腫脹 (部位 _____ ) ・浮腫 (部位 _____ ) ・尿路生殖器症状 ・ショック症状 (低血圧、循環不全) ・腎機能障害 (HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ・中枢神経系症状 (脳炎、脳症、脊髄炎、その他 [ _____ ]) ) ・その他の症状 (上記以外の症状や臨床徴候) _____ ]
-------	----------------------------	---

基礎疾患	転帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り 死亡 (原因 _____ )
------	----	-------------------------------------

主治医等から地方衛生研究所への連絡事項

\* 全自動遺伝子解析装置による検査の有無 (有・無) 結果 [ \_\_\_\_\_ ]

\* インフルエンザ<sup>\*</sup> 迅速キットの使用 無・有 (陰性・判定保留・陽性: \_\_\_\_\_ 型) メーカー名 [ \_\_\_\_\_ ]

\* 抗インフルエンザ<sup>\*</sup> 薬投与 無・有 (予防投与・治療投与) 薬剤名 [ \_\_\_\_\_ ]

投与開始日: 年 月 日、投与終了日: 年 月 日

保健所コード \_\_\_\_\_ 保健所登録全数報告ID \_\_\_\_\_ 衛研受付番号 (検体提供者番号) \_\_\_\_\_

□□-□□-□□ □□□□-□□□□-□□□□□ □□□□□□□□

[保健所等記載欄] (主治医記載可)	発生状況 ・散発 ・地域流行 ・家族内発生 ( 無、 有 ) ・集団発生 ( 無、 有 ) ・発生市区町村 ( _____ ) 有の場合 (保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、 宿舍・寮、病院、老人ホーム [介護施設を含む]、 福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、 海外ツアー、国内ツアー、その他 [ _____ ])
最近の海外渡航歴	国名 _____ 期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
ワクチン接種歴	(無、有、不明) 最終接種年月日 _____ 年 月 日 ワクチン名 _____ (Lot No. _____ )

[地方衛生研究所記載欄]	
記載者名	_____
抗体検出 方法 ( _____ )	結果 ( _____ )
病原体検出	検出年月日 _____ 年 月 日 検出方法 ・分離培養 培養細胞名 [ _____ ] [陽性となった方法を _____ ] ・抗原検出等 (RPLA、LA、その他 [ _____ ]) ) ・遺伝子検出 (PCR、リアルタイムPCR、PCR+シーケンス、LAMP、ハイブリ、PAGE、 その他 [ _____ ]) ) ・電顕 ・鏡検
検出病原体 (群、型、亜型)	_____
_____ 年 月 日	
福岡県保健環境研究所長	

- ※1 【急性呼吸器感染症定点】は、原則、週の第2営業日に収集された、はじめの5検体の提出をお願いします。**
- ※2 流行期は、ヘルパンギーナ・手足口病：4月～9月、感染性胃腸炎：10月～4月とします。**
- ※3 【小児科定点】は、流行期(※2)に、ヘルパンギーナ、感染性胃腸炎や手足口病の患者を診断した場合は、各疾病につき月4症例の検体提出をお願いします。**
- ※4 診断名欄の感染性胃腸炎 (ロタウイルスに限る。) は、【基幹病原体定点】に限りません。
- ※5 診断名欄の細菌性髄膜炎については、インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌による髄膜炎を除きます。

[その他特記事項]