

健康危機発生受信記録票

(平成 年 月 日 時 分 現在)

事件	<input type="checkbox"/> 食中毒 (毒劇物等)、 <input type="checkbox"/> 水道水質事故、 <input type="checkbox"/> 環境汚染、 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
探知	年月日	年 月 日 時 分			
	通報者	<input type="checkbox"/> 本庁職員 <input type="checkbox"/> 保健所職員 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 <input type="checkbox"/> その他機関職員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 有症者・家族 <input type="checkbox"/> 一般県民 <input type="checkbox"/> 電話 所属・職・氏名 <input type="checkbox"/> 来庁 住所・TEL			
	受信者	所属・職・氏名			
発生場所	<input type="checkbox"/> 単一施設 <input type="checkbox"/> 複数施設 <input type="checkbox"/> 周辺市町に及ぶ <input type="checkbox"/> 単一保健所管内 <input type="checkbox"/> 複数保健所管内 <input type="checkbox"/> 県外に及ぶ				
	施設名：		在籍者数 ( 人)		
	所在地：		TEL		
被害者 (物)	人 ( <input type="checkbox"/> 児童・生徒、 <input type="checkbox"/> 職員、 <input type="checkbox"/> 家族、 <input type="checkbox"/> 入院患者、 <input type="checkbox"/> 入所者、 <input type="checkbox"/> 団体客、 <input type="checkbox"/> 個人客、 <input type="checkbox"/> 住民、 <input type="checkbox"/> その他) 水 ( <input type="checkbox"/> 飲料水、 <input type="checkbox"/> 河川、 <input type="checkbox"/> 海域) <input type="checkbox"/> 植物、 <input type="checkbox"/> 動物、 <input type="checkbox"/> その他 詳細 (発症者数等)：				
症状	<input type="checkbox"/> 下痢 (軟、水、粘、血 回) <input type="checkbox"/> 皮膚症状 (発汗、発疹、変色) <input type="checkbox"/> 脈拍 (多・少) <input type="checkbox"/> 発熱 ( °C) <input type="checkbox"/> 呼気臭 (ニンニク臭 臭) <input type="checkbox"/> 血压 (高・低) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 瞳孔 (縮瞳・散瞳) <input type="checkbox"/> 尿量 (多・少) <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回・色) <input type="checkbox"/> 呼吸 (多・少) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	経過	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 快方			
受診状況	検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	月/日	/	/
	治療(投薬)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	発症者		
	医療機関 1		受診者		
	所在地(TEL)		入院者		
	医療機関 2		重症者		
	所在地(TEL)		死亡者		
飲食状況等	思い当たる飲食物 (どこで何を食べたか)	飲食日時 月 日 午前・午後 時 同じ物を食べた人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 うち発症者： <input type="checkbox"/> いる ( 人) <input type="checkbox"/> いない 内容： <input type="checkbox"/> 弁当、 <input type="checkbox"/> 外食、 <input type="checkbox"/> 飲料水、 <input type="checkbox"/> その他 原因食品： <input type="checkbox"/> 推定・ <input type="checkbox"/> 確定 ( ) <input type="checkbox"/> 不明			
	渡航歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 渡航先 ( ) 年 月 日 ~ 年 月 日			
	保健所での検査結果	<input type="checkbox"/> 原因物質の検出、 <input type="checkbox"/> 簡易毒物検査 (化合物名、検体名を記入)			
備考	・警察への連絡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 警察署 ) ・対策本部の設置： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・通報者に下記事項の依頼 <input type="checkbox"/> 医療機関未受診の場合は、受診勧奨をする 残食物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 残飲食品・吐物などがあれば、冷蔵保存 吐物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 地図、その他詳細な情報の FAX				

図1 調査事業の組織体制

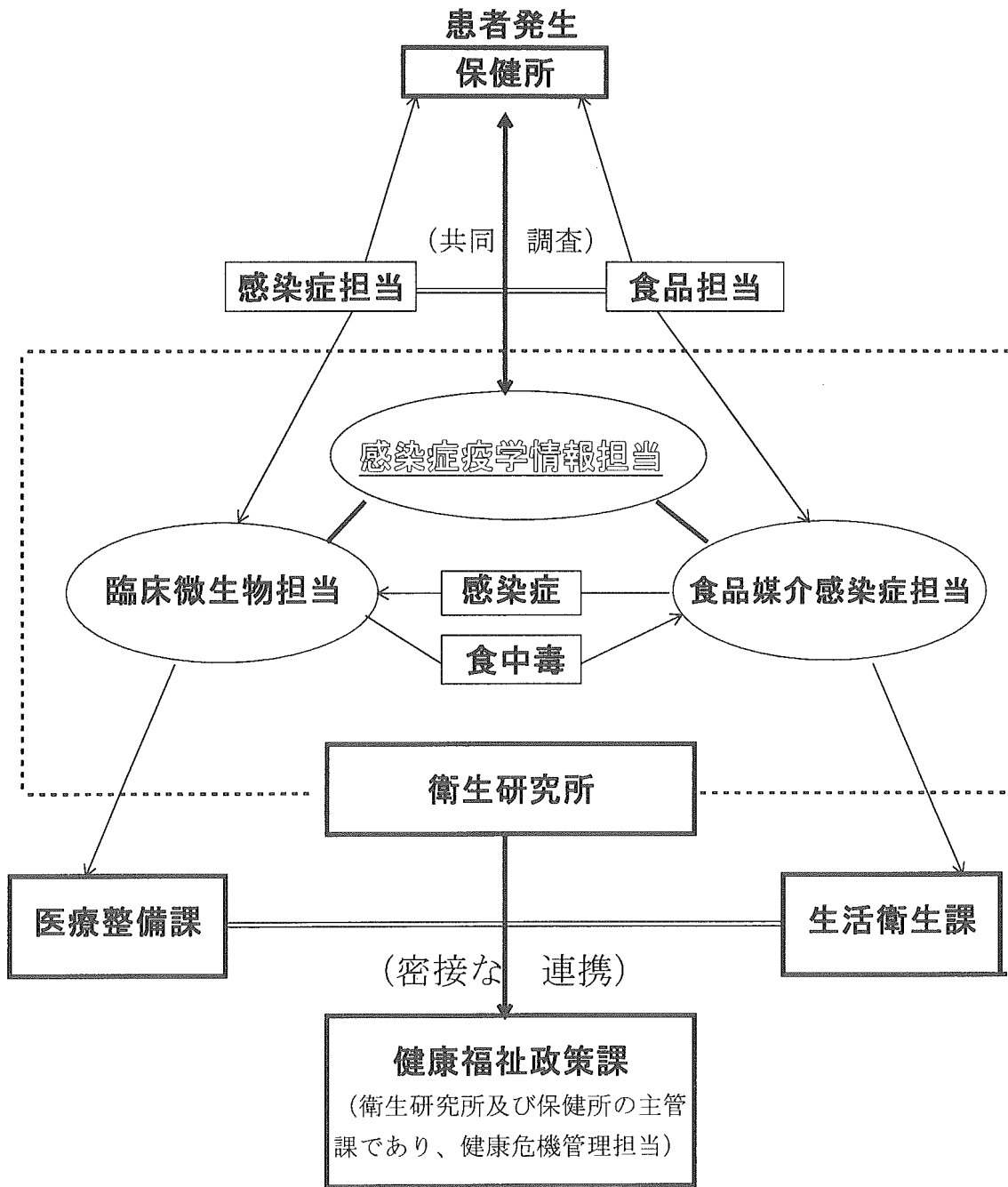
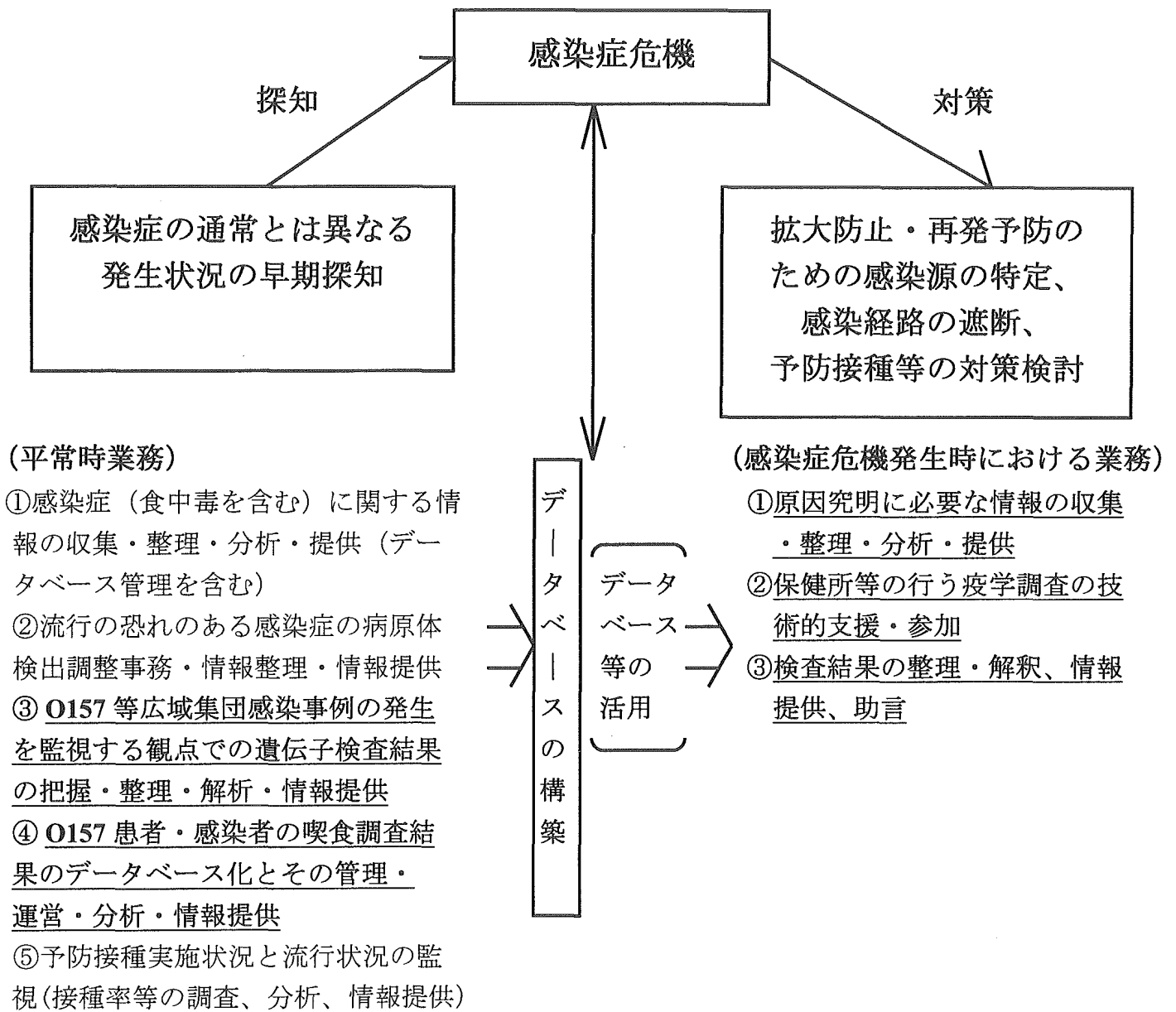


図2 感染症疫学情報担当が主体となる業務



※太字アンダーラインが本調査事業の業務

