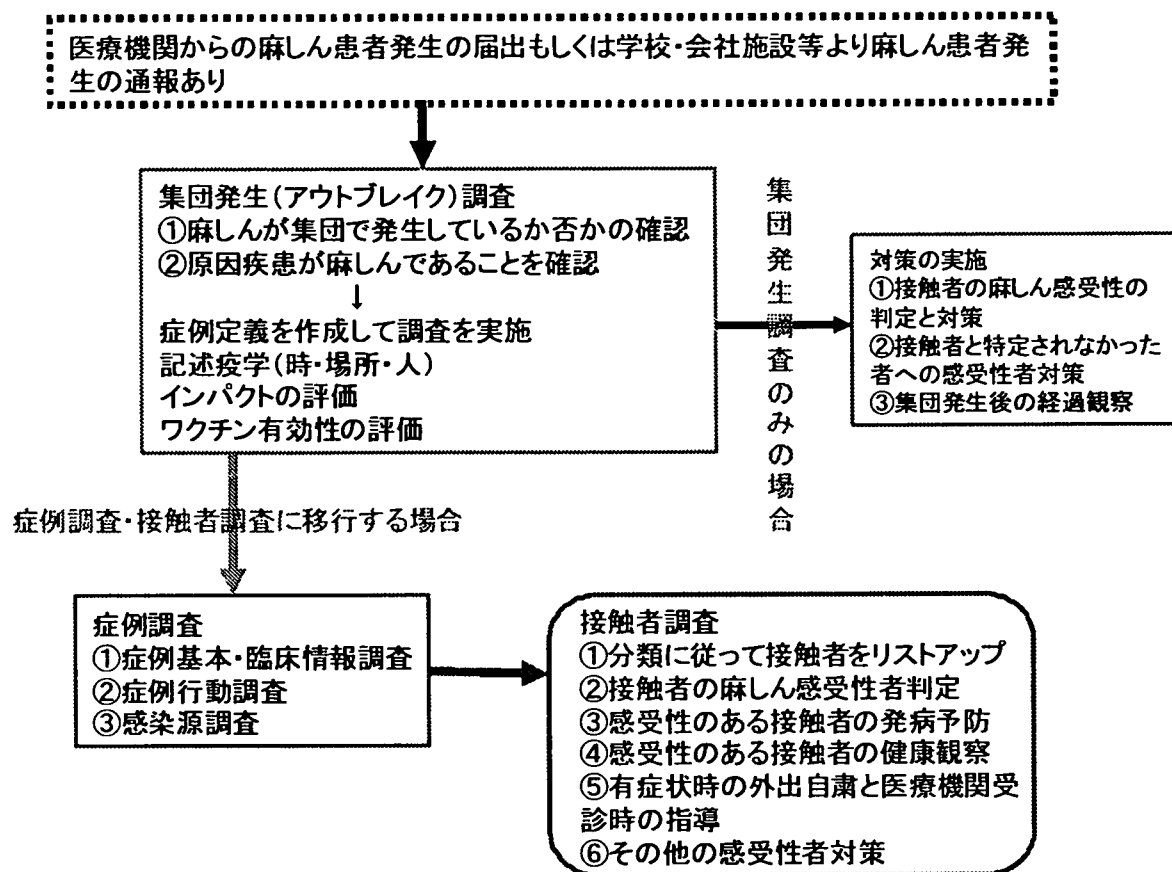


麻しん積極的疫学調査概要図



(添付1)

麻しん症例 基本情報・臨床情報調査票 (案)

1 診断分類 : 1) 麻しん (検査診断例) 2) 麻しん (臨床診断例) 3) 修飾麻しん (検査診断例)		
2 調査担当保健所名 :		調査者氏名 :
3 調査日時 : 年 月 日 時		調査方法 : <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()
4 調査回答者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名 () 本人との関係 ()		
調査回答者連絡先 : 自宅電話 : - -		携帯電話 : - -
5 感染症発生届受理番号 :	6 患者居住地保健所 :	
7 届出医療機関名 :	8 届出医療機関主治医名 :	
9 届出医療機関所在地 :	10 届出医療機関電話番号 : - -	
11 届出受理日時 : 平成 (西暦) 年 月 日 時 分	12 届出受理自治体 : 都・道・府・県・市	
13 届出受理保健所 :	14 届出受理担当者 :	
15 患者氏名 :	16 性別 : 男・女	17 生年月日 : 年 月 日 (歳)
18 患者住所 :		
19 患者電話番号 : 自宅 : - -		携帯 : - -
20 職業・業種・学校 (幼稚園・保育園等を含む) : 最終勤務・出席日 (年 月 日) (*児童・生徒の場合所属クラス等詳細に記入すること)		
21 勤務先/学校名 :		
勤務先/学校所在地 :		
22 勤務先/学校電話番号 : - -		
23 届出受理日現在の患者の主たる所在場所 () <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 所在地電話番号 : - -		
24 同居者 (氏名) (続柄) (生年月日)	25 所属施設 (職場や幼稚園、学校など)	
① 年 月 日 (歳)	()	
② 年 月 日 (歳)	()	
③ 年 月 日 (歳)	()	
④ 年 月 日 (歳)	()	
⑤ 年 月 日 (歳)	()	
⑥ 年 月 日 (歳)	()	
26 本人以外 (保護者等) の連絡先 氏名 : 本人との関係 : 住所 : 自宅 : - - 携帯 : - -		

27	発症日時：	年	月	日	時
28	臨床診断日	年	月	日	
29	検査診断日	年	月	日	
30	初診：	年	月	日	時
31	医療機関名：	電話：	—	—	主治医：
32	感染推定日：	年	月	日	
33	感染源：				
症状					
34	37.5度以上の発熱	無	有	(年 月 日) から (年 月 日)	
35	最高体温	℃	(年 月 日)		
36	咳嗽	無	有	(年 月 日) から	
37	鼻汁	無	有	(年 月 日) から	
38	結膜充血	無	有	(年 月 日) から	
39	コプリック斑	無	有	(年 月 日) から	
40	発疹： 頭部・体部・四肢・全身	無	有	(年 月 日) から	
41	色素沈着	無	有	(年 月 日) から	
42	その他 ((年 月 日) から	
43	現病歴				
44	入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	45	入院医療機関名：		
46	診療科名：	47	主治医名：		
48	入院医療機関所在地：	電話：			
49	入院日： 年 月 日	50	退院日： 年 月 日	51	死亡日： 年 月 日
52	麻しん罹患歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい）				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、 母子手帳による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年齢： 歳、診断日： 年 月 日、医療機関名				
53	麻しん含有ワクチン接種歴（母子健康手帳等の記録による確認が望ましい）				
	1回目 <input type="checkbox"/> あり (歳) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、 母子健康手帳等による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日・不明） 製造会社 / Lot番号（ / ・不明）				
	2回目 <input type="checkbox"/> あり (歳) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、 母子健康手帳等による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明） 接種年月日（S・H 年 月 日・不明） 製造会社 / Lot番号（ / ・不明）				

麻しん特異的検査結果				
	検体材料	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
54	ウイルス遺伝子検査* <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取： 年 月 日	陰性・陽性・検査中	
		判定： 年 月 日	その他（ ）	
		採取： 年 月 日	陰性・陽性・検査中	
		判定： 年 月 日	その他（ ）	
*RT-PCR、RT-LAMPなど				
55	ウイルス分離同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
56	血清抗体検査 EIA <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	IgM 採取： 年 月 日		
		IgG 判定： 年 月 日		
		IgM 採取： 年 月 日		
		IgG 判定： 年 月 日		
57	血清抗体検査 PA、NT、HI等 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
58	追加・その他	採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日		
		判定： 年 月 日		

59	初回調査後の経過		
60	合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断名： 診断日 年 月 日) (診断名： 診断日 年 月 日) (診断名： 診断日 年 月 日)
61	転帰： 外来治療で回復、入院治療で回復、後遺症あり*、死亡*、麻しんを否定 * 後遺症・死亡に関する具体的情報（状態・診断名、死因など）		
62	最終診断名：		
63	自由記載欄		

注) 患者の行動および接触者調査については、別添の調査票を用いる。

64	麻しんが否定された場合の、麻しん以外の病原体検査結果		
風疹ウイルス			
ウイルス遺伝子検査	未実施・実施	(年 月 日)	結果 ()
ウイルス分離同定	未実施・実施	(年 月 日)	結果 ()
血清抗体検査：EIA・HI	未実施・実施	(年 月 日)	結果 ()
EIA・HI	未実施・実施	(年 月 日)	結果 ()
EIA・HI	未実施・実施	(年 月 日)	結果 ()
その他検査()	未実施・実施	(年 月 日)	結果 ()
その他の病原体検査結果			
病原体名	検査種類	実施日	結果
		年 月 日	
		年 月 日	

(添付 2)

麻疹症例 (検査確定例・臨床診断例) 行動調査票 (発症前) (案)

感染症発生届受理番号:

患者氏名:

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況	濃厚接触者*(氏名・年齢・性別・濃厚接触の状況等) [世帯内接触者、直接対面接触者、あるいは比較的閉鎖された空間(所属施設や医療機関等)に一緒にいた者]	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
記載例	記入は高校生の場合あり	深夜 ～早朝 7:30 8:30頃 12時頃 16時頃 17時頃 18時頃	・自宅 ・B電鉄X駅 B電鉄Y駅 ・C株式会社(C高校) ・D飲食店(校内食堂) ・B電鉄Y駅、X駅 ・自宅	・夜中より悪寒あり、朝熱っぽかった ・自宅を出て、B電鉄X駅へ行き、7:50P駅行き急行に乗車して8:10Y駅で下車 ・C株式会社へ出社(C高校へ登校) ・D飲食店で昼食(校内食堂で昼食) ・社内会議出席(部活動参加/吹奏楽部) ・B電鉄Y駅から17:30駅行き急行に乗車して18:00X駅で下車 ・帰宅	・山〇子(母、Eスーパーでパート) ・C株式会社F課員(C高校F組クラスメート) ・会議出席者(吹奏楽部員)	・X市Z町… ・X市Z町… ・Y市W町…	・0X-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX ・0X-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX ・0XX-XXX-XXXX (B電鉄) ・0XX-XXX-XXXX (C株式会社/C高校)
発症1日前	月 日 ()						

備考:

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（発症3日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況	濃厚接触者*(氏名・年齢・性別・濃厚接触の状況等) [世帯内接触者、直接対面接触者、あるいは比較的閉鎖された空間(所風施設や医療機関等)に一緒にいた者]	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症3日後	月 日 ()						

備考：

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（発症4日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況	濃厚接触者*(氏名・年齢・性別・濃厚接触の状況等) [世帯内接触者、直接対面接触者、あるいは比較的閉鎖された空間(所属施設や医療機関等)に一緒にいた者]	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症4日後	月 日 ()						

備考：

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（発症 日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況	濃厚接触者*(氏名・年齢・性別・濃厚接触の状況等) [世帯内接触者、直接対面接触者、あるいは比較的閉鎖された空間(所属施設や医療機関等)に一緒にいた者]	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症 日後	月 日 ()						

備考：

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（発症 日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況	濃厚接触者*(氏名・年齢・性別・濃厚接触の状況等) [世帯内接触者、直接対面接触者、あるいは比較的閉鎖された空間(所属施設や医療機関等)に一緒にいた者]	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症 日後	月 日 ()						

備考：

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（発症 日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況	濃厚接触者*(氏名・年齢・性別・濃厚接触の状況等) [世帯内接触者、直接対面接触者、あるいは比較的閉鎖された空間(所属施設や医療機関等)に一緒にいた者]	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症 日後	月 日 ()						

備考：

麻疹症例（検査確定例・臨床診断例）行動調査票（発症 日後）

感染症発生届受理番号：

患者氏名：

発症日より	日付	時刻	所在地・滞在先・施設名 (住所・連絡先・窓口等)	患者の行動と接触状況	濃厚接触者* (氏名・年齢・性別・濃厚接触の状況等) [世帯内接触者、直接対面接触者、あるいは比較的閉鎖された空間（所属施設や医療機関等）に一緒にいた者]	接触者の住所	接触者の連絡先 (自宅電話・携帯電話等)
発症 日後	月 日 ()						

備考：

麻疹接触者調査票 (案)

1	調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
---	----------------------------	---

2	接触者番号：	3	接触者居住地保健所：
4	接触患者発生届受理番号：	5	患者居住地保健所：

回答者情報

6	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→本人との関係 ()
7	回答者氏名：
8	回答者住所：
9	回答者電話番号： 自宅： - - 携帯： - -

接触者詳細

10	氏名：	11	性別：	12	患者との関係：
13	生年月日：MTSH 年 月 日	14	年齢：		
15	住所：				
16	電話番号： 自宅： - - 携帯： - -				
17	職業(勤務先)：				
18	麻疹罹患歴 (母子健康手帳等の記録による確認が望ましい) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 母子手帳による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年齢： 歳、診断日： 年 月 日、医療機関名				
19	麻しん含有ワクチン接種歴 (母子健康手帳等の記録による確認が望ましい) 1回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 (麻しん単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明) 接種年月日 (S・H 年 月 日 ・ 不明) 製造会社 / Lot番号 (/ ・ 不明) 2回目 有 (歳) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 (麻しん単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明) 接種年月日 (S・H 年 月 日 ・ 不明) 製造会社 / Lot番号 (/ ・ 不明)				
20	患者との接触状況 (日付、場所、接触内容を記載)				

接触者の調査時の状態 (必須記載)

21	体温： (°C) → 37.5°C以上の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
22	カタル症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：咳嗽・鼻汁・結膜充血・その他 ()
23	発疹： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：頭部・体部・四肢・全身
24	上記以外の症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状 ()
医療機関受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医療機関名 (電話 () 主治医 () 診断名 検査： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：ウイルス培養・血液検査	

麻疹接触者モニタリング票（案）

接触者番号：

氏名：

麻疹患者との最終接触日時：

年 月 日 時 ころ

最終接触より	日付	連絡手段	測定時間	体温	カタル症状	発疹	確認者
0日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
1日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
2日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
3日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
4日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
5日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
6日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
7日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
8日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
9日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
10日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
11日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
12日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
13日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	
14日	/		:		なし・咳嗽・鼻汁・結膜充血	なし・頭部・体部・四肢・全身	

連絡先： 自宅： — —
 携帯： — —

担当者名：

体温記録用紙(案)

* 麻疹の潜伏期間はおおむね14日以内、最長でも3週間といわれています。
 * 本記録用紙は、接触があった日から14日間以内の発熱、カタル症状(咳・鼻汁・目の充血)、発疹(頭・体・手足)などの症状と健康状態を自己チェックしていただくために作成いたしました。
 * 毎朝、自宅を出る前などに体温測定と、カタル症状や発疹の有無などのチェックをお願いします。
 * 無症状であれば、接触があった日から14日間についても平常通りの生活が可能です。ただし、できるだけ外出などは控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行っていただくことをお願いいたします。もし気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健所・保健センターあるいは医療機関へご連絡ください。

接触者番号：

住所：

氏名：

自宅電話：

携帯電話：

麻疹患者との最終接触日時：

年 月 日 時ごろ

最終接触より	日付	測定時間	体温(℃)	症状(咳・鼻汁・目の充血・発疹等)	備考欄(行先等)
0日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
1日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
2日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
3日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
4日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
5日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
6日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
7日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
8日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
9日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
10日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
11日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
12日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
13日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
14日	月 日	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

問い合わせ・連絡先

保健所名：

担当者：

所在地：

電話番号：

FAX：