

用語	定義
「患者（確定例）」	届出基準に従う。
「疑似症患者（二次感染疑い症例）」※ ²	「接触者」において、エボラ出血熱を疑わせる症状（38℃以上の発熱又は体熱感等）が出現してきた者。
「無症状病原体保有者」	届出基準に従う。
「感染症死亡者の死体」	届出基準に従う。
「接触者」	「症例」から、感染する可能性のある曝露を受けた者。

※²「疑似症患者（二次感染疑い症例）」とは、ギニア、リベリア又はシエラレオネの過去 21 日以内の滞在歴が確認でき、かつ、38℃以上の発熱症状がある者について、エボラ出血熱が疑われると判断された者（「エボラ出血熱検疫時及び国内患者発生時の全体フローチャート（暫定版）」におけるエボラ出血熱疑似患者に準ずる者）ではない。

（調査対象）

・積極的疫学調査の対象となるのは、「症例」及び「症例」の「接触者」である。「無症状病原体保有者」と接点があった者については、発症後に感染力があることから、本調査の対象としない。

・「接触者」は、「症例」との接触の程度により、以下のように「高リスク接触者」と「低リスク接触者」に分類する。「症例」が公共交通機関等を利用している場合の対応については、後述する。

・「高リスク接触者」とは、「症例」が発病した日以降に接触した者のうち、以下の①～④のいずれかに該当する者である。

- ① 針刺し・粘膜・傷口への曝露などで直接ウイルスの曝露を受けた者
- ② 必要な感染予防策なしで、「症例」の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等に接触した者
- ③ 必要な感染予防策なしで、「症例」の検体処理を行った者
- ④ 必要な感染予防策なしで、「症例」の概ね 1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等に従事した者

注)

②における「必要な感染予防策」とは、二重手袋、サージカルマスク又は N95 マスク、ゴーグル又はフェースシールド等眼粘膜を確実に保護できるもの、感染防護服等の装着であり、「必要な感染予防策なしで」という場合は、上記を装着しなかった、又は正しく着脱しなかった場合（例：脱ぐ際に体液が付着）を指す。マスクについては、「症例」が吐物を周囲に飛散させる状況であるとか、「症例」に対して気管内挿管を行うなどエ

アロゾルを発生させる処置を行う際は、N95 マスクの装着が必要である。

③の検体処理とは、検査室等において検体を取り扱うことを指し、適切に梱包された検体の輸送に携わった者は「接触者」に含めない。検体処理における「必要な感染予防策」は上記②の記載に準ずるものに、必要なバイオセーフティー設備下での取り扱いも加える。

④については、特に、「症例」が未診断の段階では、医療従事者・搬送従事者が曝露状況について十分な記憶がない可能性もあるため、血液、唾液等との接触が明確でない場合も含めた。

・「低リスク接触者」とは、「高リスク接触者」に該当しない「接触者」をいう。例えば、必要な感染予防策を実施した上で「症例」の診察を行うなど、「高リスク接触者」に該当しない「症例」に関わった医療従事者や搬送従事者、「高リスク接触者」に該当しない「症例」の同居者・友人・同室者等とする。

・「接触者」の曝露様式と必要な感染予防策の有無によるリスクレベルの区分を以下のとおり、表にまとめる。

曝露様式	必要な感染予防策	
	あり	なし
(ア) 針刺し・粘膜・傷口への曝露		高リスク
(イ) 「症例」の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等に接触	低リスク	高リスク
(ウ) 「症例」の検体処理	低リスク	高リスク
(エ) 「症例」の概ね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等	低リスク	高リスク
上記(ア)～(エ)に該当しない「症例」に関わった医療従事者や搬送従事者 ^{※3} 、「症例」の同居の家族等 ^{※4}	低リスク	低リスク

※3 搬送従事者については、接触時間等も考慮してリスク分類する。

※4 同居の家族等については、症例の症状及び症例との接触の程度を考慮してリスク分類する。

（調査内容）

・「症例」については、基本情報・臨床情報・推定感染源・「接触者」等必要な情報を収集する（添付1、2-1、2-2及び2-3）。発症日から特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関において適切に入院されるまでの行動歴を聞き取る。なお、発症日は、突然の高熱で始まることが多いとされることから、発熱日と読み替えることもできる。「症

例」からの情報収集が困難である場合は、その同居者や家族等から情報収集を試みる。

- ・「症例」が飛行機に搭乗していた場合は、「症例」と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者や、「症例」が搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等についても、上記のリスクレベルの表に従ってリスクを評価する。「症例」が公共交通機関や人が集まる場所等で嘔吐等があった場合は、感染伝播のリスクを評価した上で、メディア等を活用し接触した者の情報を収集することも選択肢となりうる。公共の場所における対応については、Q&Aを準備する。

- ・「症例」が受診した医療機関が複数あり、当該医療機関を管轄する保健所が複数にまたがる場合は、それぞれの医療機関内の調査は当該医療機関を管轄する保健所が、保健所間で連携を図りながら実施する。

- ・「接触者」は、曝露の程度により、前述のとおり「低リスク接触者」と「高リスク接触者」に振り分ける。38℃以上の発熱又は体熱感等の症状があった場合、直接、医療機関を受診せず、保健所に相談することを指導した上で、最終曝露から21日間、保健所が健康状態を1日2回確認する（健康観察）。（添付3）

- ・「接触者」のうち、健康観察中に38℃以上の発熱又は体熱感等を認めた者は、保健所医師の診断のもと、「疑似症患者（二次感染疑い症例）」として入院勧告・措置を行った上で、エボラウイルス特異的検査を実施し、その結果を踏まえ、必要な調査と対応を行う（以下の「接触者への対応」も参照）。検体輸送については、「ウイルス性出血熱—診療の手引き—第1版（平成23年度～25年度厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）我が国における一類感染症の患者発生時に備えた診断・治療・予防等の臨床的対応及び積極的疫学調査に関する研究）」を参照する。

- ・無症状の「接触者」は、エボラウイルス特異的検査の対象とはならない。

（「接触者」への対応）

- ・「接触者」に対する精神的配慮、人権侵害、風評被害への配慮は常に必要である。

- ・「低リスク接触者」については、前述の健康観察のみとし、外出制限等の特段の対応は不要である。38℃以上の発熱又は体熱感等を認めた場合は、まず保健所に連絡し、外出を控えた上で、保健所からの指示を待つよう説明する。

- ・「高リスク接触者」については、不要な外出を避けることについて協力を求める。また、

38℃以上の発熱又は体熱感等を認めた場合は、保健所に連絡し指示を待つよう説明する。

「高リスク接触者」のうち、特に、針刺し事故など、エボラウイルスに曝露されたことが明白である場合の経過観察の方法については、厚生労働省に相談し、特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関等での経過観察も考慮する。

・「低リスク接触者」、「高リスク接触者」に対するアドバイスシートの案文は、それぞれ付録 1,2 を参照。

・症状がない「接触者」（高リスク・低リスクを問わず）の家族、周囲の者（同僚等）については、特段の対応は不要である。

	対応	備考
「低リスク接触者」	<ul style="list-style-type: none"> 健康観察 外出制限は不要 38℃以上の発熱又は体熱感等があった場合は、保健所に連絡 	
「高リスク接触者」	<ul style="list-style-type: none"> 健康観察 外出自粛要請 38℃以上の発熱又は体熱感等があった場合は、保健所に連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ただし、針刺し事故など、エボラウイルスに曝露されたことが明白な場合は厚生労働省に別途相談し、特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関等での経過観察も考慮する。

注) 症状がない「接触者」の家族、周囲の者（同僚等）については、対応不要。

（調査時の感染予防策）

・調査者の感染リスクを下げるため、「症例」に対しては、電話やインターフォンなど、非対面で調査を行うことを原則とする。

・「疑似症患者（二次感染疑い症例）」について、自宅を訪問して情報収集等を行う必要がある場合は、二重手袋、サージカルマスク又は N95 マスク、ゴーグル又はフェイスシールド等眼粘膜を確実に保護できるもの、感染防護服等の个人防护具を着用する。ちなみに、国立感染症研究所感染症疫学センタースタッフが、「患者（確定例）」、「疑似症患者（二次感染疑い症例）」に対して実地疫学調査を実施する際の防護具の着脱の手順については、付録 3 を参照のこと。事前に得られた症状等の情報を参考にマスク・眼の防護具等を適宜選択し、調査に使用した物品については、消毒可能なものは消毒してから退去、消毒不可能なものは適切に廃棄する。消毒及び廃棄については、平成 16 年 1 月 30 日 健感発第 0130001 号、結核感染症課長通知「感染症法に基づく消毒・滅菌の手引きについて」を参

照のこと。

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/20140815_02.pdf

- ・無症状の「接触者」に対面調査を行う際、個人防護具の着用は原則として不要である。
- ・調査者となることが見込まれる自治体職員については、個人防護具の着脱やその他の感染防護に関するトレーニングを事前に行っておくことが重要である。
- ・検体採取が必要な場合は、感染予防の観点から、特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関内で実施することとする。

(その他)

- ・「症例」の発生時には、厚生労働省等関係機関と協議の上、国からの技術的な支援を受けることが望ましい。
- ・「接触者」の健康情報については、複数の保健所が関与する場合、初発患者の届出受理保健所又は「接触者」の多くが居住する地域を管轄する保健所が適宜とりまとめる。「接触者」の健康観察は、居住地の管轄保健所又は勤務場所の管轄保健所のいずれかとする。
- ・「症例」及び「接触者」については、プライバシーや人権の保護に十分に配慮した上で対応する。メディア対応については、厚生労働省と十分調整を行う。
- ・調査員は、発熱がないことなど、健康状態に問題がないことを確認した上で、調査に携わる。
- ・調査員の不安等について十分支援できる体制を整えるとともに、調査員は接触者として、必要な健康観察を行う。
- ・「症例」の滞在場所等の消毒については、厚生労働省健康局結核感染症課長通知「感染症法に基づく消毒・滅菌の手引きについて（平成16年1月30日）」（前述）を参照する。

参考資料：患者由来の臨床検体のウイルス遺伝子検出所見についての出典

- 1) Bausch DG, et al. Assessment of the risk of Ebola virus transmission from bodily fluids and fomites. J Infect Dis 196: S142-7, 2007
- 2) Formenty P, et al. Detection of Ebola virus in oral fluid specimens during outbreaks of Ebola virus hemorrhagic fever in the Republic of Congo. Clin infect Dis 42: 1521-6, 2006
- 3) Rodriguez LL, et al. Persistence and genetic stability of Ebola virus during the outbreak in Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995. J Infect Dis 179 (Suppl 1): S170-6, 1999
- 4) Rowe AK, et al. Clinical, virologic, and immunologic follow-up of convalescent Ebola hemorrhagic fever patients and their household contacts, Kikwit, Democratic Republic of the Congo. J Infect Dis 179 (Suppl 1): S28-35, 1999

謝辞) 本稿作成にあたっては、国立国際医療研究センター国際感染症センターにご協力をいただいた。

エボラ出血熱患者等(疑似症患者等を含む) 基本情報・臨床情報調査票

基本情報※

ID _____

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	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： - -
3	診断分類： 1) 患者 2) 疑似症患者	
4	NESID 登録ID：	5 患者居住地保健所名：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体名：
12	届出受理保健所名：	13 届出受理担当者名：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日

※3~17は発生届出票等より転記 (4はNESIDへの登録後に記入)

18	患者氏名：	19	性別： 男・女	20	生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月)
21	患者住所：				
22	患者電話番号： 自宅 - - 携帯 - -				
	患者Email： @				
23	調査時点の患者の主たる所在： <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				
	連絡先住所： 電話番号： - -				
24	職業・業種・学校(幼稚園・保育所等を含む)等： 最終勤務・出席(勤)日(年 月 日) (児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること)				
	勤務先/学校名： 勤務先/学校所在地： 勤務先/学校電話番号： - -				
25	本人以外(保護者等)の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 電話番号 自宅： - - 携帯： - -				
26	身長() cm 体重() kg				
	妊娠	なし・あり	(妊娠 週)		
	喫煙	なし・あり	(歳から 本/日)		
	糖尿病	なし・あり			
	呼吸器疾患(喘息・COPD・その他)	なし・あり	(具体的に)		
	腎疾患	なし・あり	(ありの場合、透析 あり・なし)		
	心疾患	なし・あり	(具体的に)		
	血液疾患(貧血等)	なし・あり	(具体的に)		
	免疫不全(HIV、免疫抑制剤使用含む)	なし・あり	(具体的に)		
	悪性腫瘍(がん)	なし・あり	(具体的に)		
	その他()				
	その他()				

27	入院：□なし□あり（ありの場合 入院期間 月 日～ 月 日） 入院医療機関名： 診療科名： 主治医名： 入院医療機関所在地： 連絡先：			
28	患者受診後の医療行為			
	月日	医療機関名	実施者氏名	医療行為等の内容
	/			
	/			
	/			
29	転帰： 外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり・死亡・エボラ出血熱を否定(診断名記入)			
自由記載欄				

臨床経過等（発病から入院時頃までとし、その後は医療機関による経過の情報を参照する）

	月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	症状など							
30	入院日（○を記載）							
	最高体温（℃）							
	頭痛	有・無						
	関節痛	有・無						
	筋肉痛	有・無						
	胸痛	有・無						
	腹痛	有・無						
	嘔吐	有・無						
	下痢	有・無						
	食思不振	有・無						
	脱力	有・無						
	原因不明の出血	有・無						
	その他 ()	有・無						

症状など	月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	入院日 (○を記載)							
最高体温 (°C)								
頭痛	有・無							
関節痛	有・無							
筋肉痛	有・無							
胸痛	有・無							
腹痛	有・無							
嘔吐	有・無							
下痢	有・無							
食思不振	有・無							
脱力	有・無							
原因不明の出血	有・無							
その他 ()	有・無							
30								
31	発病年月日時間(聞き取り調査による) 年 月 日 午前・午後 時 分頃 発病時の具体的な所在地 ()							
32	・臨床経過・治療内容 診断前の医療機関名・その他特記事項等：							
	月日	医療機関名	実施者氏名	医療行為等の内容 (隔離、感染予防策の有無を明記)				
	/							
	/							
	/							
	/							
↳ 接触者ありの場合は、詳細を行動調査票 (添付2-2及び2-3) に記入								
33	診断後経過等 合併症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合、下記に下痢、嘔吐 月 日～、～からの出血 月 日～等の経過と治療内容を記入)							

検査結果

ID _____

Ebola Virusの検査						
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法	検査施設
34	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ()		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ()		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ()		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ()		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ()		
マラリア等他の病原体検査の結果を記載						

エボラ出血熱患者等 行動調査票(感染源・接触者調査用)

患者氏名: _____ 調査者氏名: _____ 患者ID: _____

感染源に係る行動調査

1	発症前3週間の流行地域への渡航歴や居住歴 <input type="checkbox"/> あり (国名: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ 「あり」の場合は、下記括弧内、項目2~3及び行動調査票(添付2-2、2-3及び2-4)に記入 (渡航期間、渡航地(できるだけ詳しく)、フライト情報等)
2	発症前3週間のエボラ出血熱患者(疑いを含む)の体液等(血液・体液や吐物・排泄物など)との直接接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ 「あり」の場合は、下記に接触物等を記載し、詳細を項目4に記入 接触日() 接触場所() 接触物() 接触日() 接触場所() 接触物()
3	発症前3週間の流行地域由来のコウモリ、霊長類等への直接接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ 「あり」の場合は、下記に接触動物名等を記載し、詳細を項目4に記入 接触日() 接触場所() 接触動物() 接触日() 接触場所() 接触動物()
4	項目2~3で「あり」の場合、発症3週間前の行動 (立ち寄った場所やそこでの接触者などを具体的に)

*平成26年10月23日現在の流行地域は西アフリカのギニア、シエラレオネ、リベリア

患者の接触者に係る行動調査

5	当該患者の発症日当日以降適切な隔離までの同一世帯内での接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ ありの場合は、世帯内接触者の詳細を行動調査票(添付2-2、2-3及び2-4)に記入			
6	当該患者の発症日当日以降適切な隔離までの学校・職場での接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ ありの場合は、接触者の詳細を行動調査票(添付2-2、2-3及び2-4)に記入			
当該患者の発症日当日以降適切な隔離までの項目5、6以外の行動歴(追加情報は下の自由記載欄を使用)				
	日時	目的地やイベント*の内容	公共交通機関**の利用	体液の人への曝露(混雑した電車の利用、会場での嘔吐等)
7	発症当日 (月 日)	午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
7	発症後1日 (月 日)	午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
7	発症後2日 (月 日)	午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
7	発症後3日 (月 日)	午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
7	発症後4日 (月 日)	午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		
		午前・午後		

7	発症後 5日 (月 日)	午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
	発症後 6日 (月 日)	午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
	発症後 7日 (月 日)	午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			

*ショッピングセンター、コンビニエンスストア、アミューズメント施設、コンサート会場、図書館、宿泊施設、トイレ、浴場、プール、カラオケ店、マッサージ施設、医療機関等

**航空機、新幹線、電車、バス、タクシー、船舶等

自由記載欄

エボラ出血熱患者等の接触者リスト

添付2-2

患者氏名： _____ 調査者氏名： _____ 患者ID： _____

感染源・接触者一覧（患者行動調査票を使用して得られた感染源、接触者の両方について記入）
 (推定) 感染源：

接触者リスト (別途健康観察票 添付3により健康観察を行う)

世帯内接触者

接触者番号	リスク分類	よみがな氏名	続柄(関係)	年齢	性別	患者との最終接触日	基礎疾患	観察期間内の発症	連絡先(電話番号、メールアドレス等)	備考(接触状況等)
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		

患者氏名： _____ 調査者氏名： _____ 患者ID： _____

医療関係者等		医療機関名のカラムを挿入				観察期間内の発症		連絡先（電話番号、メールアドレス等）		備考（接触状況等）
接触者番号	リスク分類	よみがな氏名	続柄（関係）	年齢	性別	患者との最終接触日	基礎疾患	観察期間内の発症	連絡先（電話番号、メールアドレス等）	備考（接触状況等）
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		項目を挙げる
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		

患者氏名： _____ 調査者氏名： _____ 患者ID： _____

接触者 番号	リスク 分類	よみがな 氏名	続柄 (関係)	年齢	性別	患者との 最終接触日	基礎 疾患	観察期間内 の発症	連絡先 (電話番号、 メールアドレス等)	備考 (接触状況等)
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		
	高・低					年 月 日	無/有	無/有		

エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票(1枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目まで終了してください。

接触者番号: 接触患者氏名:	観察対象者氏名:		住所:		TEL:		Email:		患者との関係:					
	観察開始日 (朝)	観察開始日 (夕)	開始後1日目 (朝)	開始後1日目 (夕)	年	月	日	時	頃	開始後3日目 (夕)	開始後3日目 (朝)	開始後4日目 (夕)	開始後4日目 (朝)	開始後5日目 (朝)
日付	/	/	/	/						/	/	/	/	/
最高体温	°C	°C	°C	°C						°C	°C	°C	°C	°C
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腹痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他														
備考														
確認者														

保健所名: _____ 担当者名: _____ 所在地: _____ TEL: _____ FAX: _____
 Email _____ @ _____

エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票(2枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目まで終了してください。

接触者番号: 接触患者氏名:	観察対象者氏名:		住所:		TEL:		Email:				
	開始後5日目 (夕)	開始後6日目 (朝)	開始後6日目 (夕)	開始後7日目 (朝)	開始後7日目 (夕)	開始後8日目 (朝)	開始後8日目 (夕)	開始後9日目 (朝)	開始後9日目 (夕)	開始後10日目 (朝)	開始後10日目 (夕)
日付	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腰痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他											
備考											
確認者											

保健所名: _____ 担当者名: _____ 所在地: _____ TEL: _____ FAX: _____

Email _____ @ _____

エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票(3枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目まで終了してください。

接触者番号:	観察対象者氏名:			住所:		TEL:		Email:		患者との関係:	
	開始後11日目 (朝)	開始後11日目 (夕)	開始後12日目 (朝)	開始後12日目 (夕)	開始後13日目 (朝)	開始後13日目 (夕)	開始後14日目 (朝)	開始後14日目 (夕)	開始後15日目 (朝)	開始後15日目 (夕)	開始後16日目 (朝)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腹痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他											
備考											
確認者											

保健所名: _____ TEL: _____ FAX: _____

担当者名: _____ 所在地: _____

Email _____ @ _____

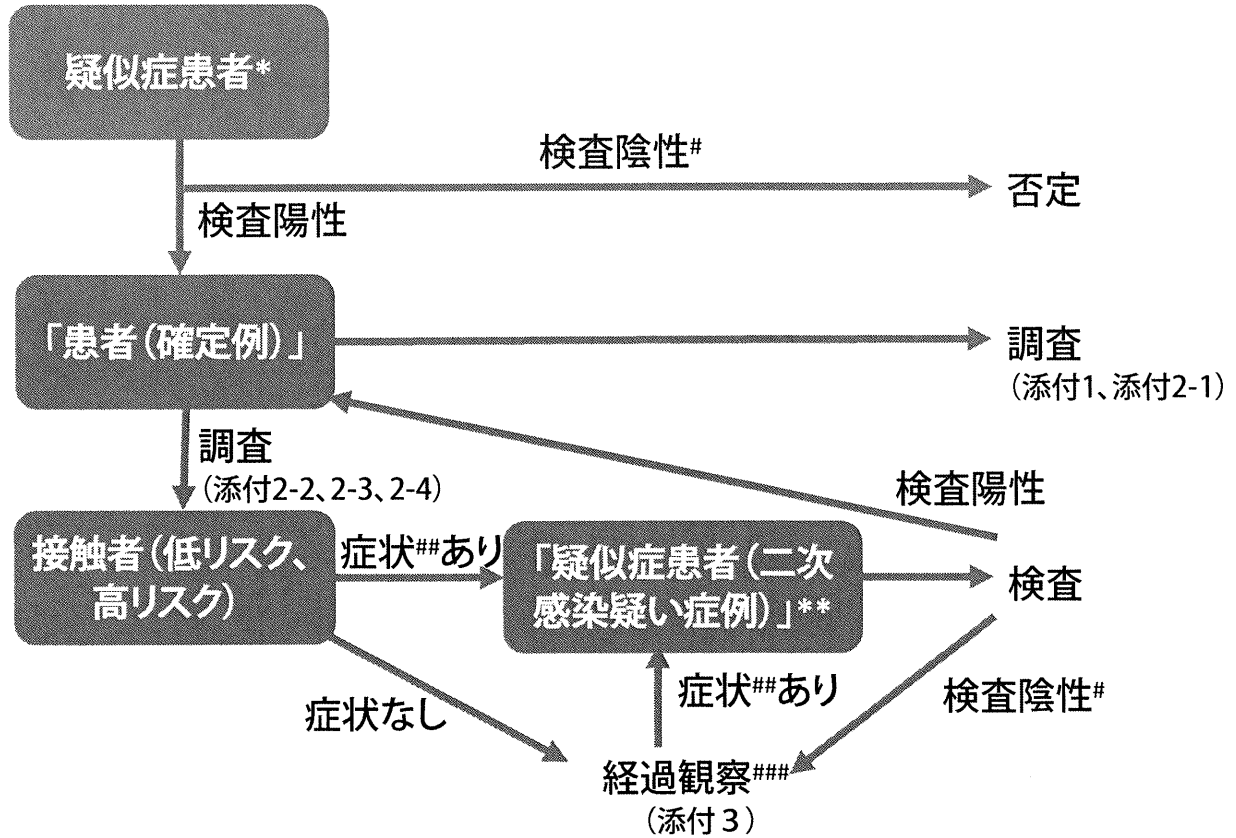
エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票 (4枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目で終了してください。

接触者番号: 観察対象者氏名:	住所:		TEL:		Email:		患者との関係:	
	開始後16日目 (夕)	開始後17日目 (朝)	開始後18日目 (夕)	開始後19日目 (朝)	開始後19日目 (夕)	開始後20日目 (夕)	開始後20日目 (朝)	開始後21日目 (夕)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腹痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他								
備考								
確認者								

保健所名: _____ TEL: _____ FAX: _____
 担当者名: _____ 所在地: _____
 Email _____ @ _____

【エボラ出血熱患者調査に係るフローチャート】



* 「エボラ出血熱検疫時及び国内患者発生時の全体フローチャート(暫定版)」による入国後発熱等を呈した滞在歴を有する患者

** 「エボラ出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方自治体向け(暫定版)」による。「疑似症患者(二次感染疑い症例)」については、接触者や行動歴等の調査を行う。

3日以内の再検査を検討

発熱(38℃以上)又は体熱感等

経過観察は最長で21日間行う。接触者は1日少なくとも2回の確認を実施する。