

(添付3)

新型ノ鳥インフルエンザ接触者調査票

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： 面接 電話 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：

接触者詳細

6	氏名：	7	性別：
8	生年月日：M T S H 年 月 日	9	年齢：
10	住所：		
11	電話番号： 自宅： - - 携帯： - -		
12	職業(勤務先)：		
13	調査回答者： 本人 本人以外 本人との関係()		

(14~16は回答者が本人以外の場合のみ)

14	回答者氏名：		
15	回答者住所：		
16	回答者電話番号： 自宅： - - 携帯： - -		
17	同居人の状況		
	氏名1	続柄	年齢 歳
	氏名2	続柄	年齢 歳
	氏名3	続柄	年齢 歳
	氏名4	続柄	年齢 歳
	氏名5	続柄	年齢 歳
	氏名6	続柄	年齢 歳
18	患者または鳥との接触状況(日付、場所、接触内容を記載)		
19	患者または鳥との最終接触日時： 年 月 日 時ごろ		
20	高危険接触者 低危険接触者 要観察例との接触		
21	接触時感染防御： あり() なし		

接触者の調査時の状態

22	体温：() 38 以上の発熱 なし あり
23	呼吸器症状： なし：咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・低酸素症・その他() あり
24	消化器症状： なし：下痢・嘔吐・腹痛・その他() あり
25	発熱・呼吸器症状以外の症状： なし あり：頭痛・筋肉痛・関節痛・全身倦怠感 その他の症状()

検査医療機関() 電話() 主治医()
 検査所見：血算(月 日)：白血球 赤血球 血小板 その他()
 インフルエンザ抗原検査(月 日)：陽性(A型・B型・AB不明) ・陰性 ・未実施
 胸部レントゲン(月 日)：<所見>
 ウイルス分離・同定(月 日)検体材料()：陽性(亜型) ・陰性 ・検査中
 RT-PCR検査(月 日)：陽性(亜型) ・陰性 ・検査中
 血清抗体価(月 日)検査法() (亜型)：抗体価()倍 ・検査中 ・未実施

*太枠内は必須。検査所見に関してはわかっていたら記載のこと。検査所見日付は検体採取日。

