

(別紙1)

インフルエンザウイルス分離調査表

保健所

No.	性別・年齢・氏名	医療機関の名称等	診断名及び検体の種類	発病年月日 検体採取年月日	発生状況	最近のインフルエンザ ワクチン接種歴	臨床症状・徴候等	検体採取前の抗 インフルエンザウ イルス薬投与の 有無
	<div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div>氏 名</div><div>歳</div></div>	<div>名 称</div> <div>医師名</div>	<div>診断名</div> <div><input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()</div>	<div>発病年月日 年 月 日</div> <div>検体採取年月日 年 月 日</div>	<div><input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:</div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>接種年月日 年 月 日</div>	<div><div><input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全</div><div><input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 下痢</div><div><input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他</div></div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>薬剤名</div> <div>月 日</div> <div>から()日間</div>
	<div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div>氏 名</div><div>歳</div></div>	<div>名 称</div> <div>医師名</div>	<div>診断名</div> <div><input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()</div>	<div>発病年月日 年 月 日</div> <div>検体採取年月日 年 月 日</div>	<div><input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:</div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>接種年月日 年 月 日</div>	<div><div><input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全</div><div><input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 下痢</div><div><input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他</div></div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>薬剤名</div> <div>月 日</div> <div>から()日間</div>
	<div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div>氏 名</div><div>歳</div></div>	<div>名 称</div> <div>医師名</div>	<div>診断名</div> <div><input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()</div>	<div>発病年月日 年 月 日</div> <div>検体採取年月日 年 月 日</div>	<div><input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:</div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>接種年月日 年 月 日</div>	<div><div><input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全</div><div><input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 下痢</div><div><input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他</div></div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>薬剤名</div> <div>月 日</div> <div>から()日間</div>
	<div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div>氏 名</div><div>歳</div></div>	<div>名 称</div> <div>医師名</div>	<div>診断名</div> <div><input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()</div>	<div>発病年月日 年 月 日</div> <div>検体採取年月日 年 月 日</div>	<div><input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:</div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>接種年月日 年 月 日</div>	<div><div><input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全</div><div><input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 下痢</div><div><input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他</div></div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>薬剤名</div> <div>月 日</div> <div>から()日間</div>
	<div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div>氏 名</div><div>歳</div></div>	<div>名 称</div> <div>医師名</div>	<div>診断名</div> <div><input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()</div>	<div>発病年月日 年 月 日</div> <div>検体採取年月日 年 月 日</div>	<div><input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:</div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>接種年月日 年 月 日</div>	<div><div><input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全</div><div><input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 下痢</div><div><input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他</div></div>	<div><input type="checkbox"/> なし</div> <div><input type="checkbox"/> あり</div> <div>薬剤名</div> <div>月 日</div> <div>から()日間</div>