インフルエンザ様症状患者が複数発生した際の積極的疫学調査票

施設名　：　　担当者名　：　　電話番号：　　FAX：　　報告日：　月　日現在

No.	名前	年齢	性別	部屋／職種	発症日	受診日	診断日	診断名 ※3	入院日／退院日	症状等	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	月 日 AM	PM	備考
例	○沢　○子	65	女	302→303	11/12	11/12	11/12	インフルエンザA型	／	発熱（　℃）※1		38.5	38.9	38.5	37.9	37.5	36.9	36.3	36.1	36.3	36.2	36.2																	
									／	抗インフル薬 ※2			タミフル○		○		○		○		○																	
1					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
2					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
3					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
4					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
5					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
6					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
7					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
8					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
9					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
10					／	／	／		／	発熱（　℃）																													
									／	抗インフル薬																													
										新規発症者計（保健所記入）																													
										有症状者計（保健所記入）																													

※1　計測した体温を記入　　※2　内服したら○を記入　　※3　発症予防の内服の場合は診断名「予防内服」と記載

（注1）FAXで送付される際は、必ずお名前を伏せてお送りください。（例　○沢　○子　など）
（注2）職員で発症者がいた場合もご記入ください。

藤沢市保健所　保健予防課
住所：〒251－0022　藤沢市鵠沼2131－1
電話：0466(50)3593　FAX：0466(28)2121

2012年10月改訂版