重症熱性血小板減少症候群（SFTS）患者調査票

2015.11.17　Ver.1.2

検体採取機関名	
担当者（主治医）	（　　科）
連絡先名	
連絡先TEL	

受付保健所名	
保健所受付	年　月　日 ：

衛生研究所受付	年　月　日
検体番号	

患者情報	性　別 ※	男 ・ 女
	年齢	歳 0歳の場合は必ず月齢記入　（　　か月）
	住　所 ※	市・郡　　町・村

検査材料	材料の種類※	血清	その他（　　）
	採取日（月／日）	／	／　，　／

発病日※	月　日　AM ・ PM

疫学情報※	発症前1ケ月以内の海外渡航歴：有（帰国　月　日地域　　）・無	
	マダニ等との接触状況：有 ・ 無 ・ 不明	感染推定地域：　県　市・町・村
	マダニ刺し口：（ 有 ・ 無 ）	

臨床症状等※	発熱		（ 有 ・ 無 ）（　℃）	
	消化器症状		（ 有 ・ 無 ）	
			内容（嘔気 有・無 ， 嘔吐 有・無 ， 腹痛 有・無 ， 下痢 有・無 ， 下血 有・無）	
	血小板減少		10万／mm3未満（ 有 ・ 無 ）値（　／mm3）	
	白血球減少		4000／mm3未満（ 有 ・ 無 ）値（　／mm3）	
	血清酵素上昇		（ 有 ・ 無 ）（AST上昇 有・無 ， ALT上昇 有・無 ， LDH上昇 有・無）	
	その他	全身倦怠感	（ 有 ・ 無 ）	
		筋肉痛	（ 有 ・ 無 ）	
		神経症状	（ 有 ・ 無 ）	
		筋肉痛	（ 有 ・ 無 ）	
		リンパ節腫脹	（ 有 ・ 無 ）　（部位：　）	
		出血症状	（ 有 ・ 無 ）　（部位：　）	
		CRP上昇	（ 有 ・ 無 ）　値（　mg／dl）	
		フェリチン上昇	（ 有 ・ 無 ）　値（　ng／ml）	
		発疹	（ 有 ・ 無 ）　（部位：　）	
	その他			

臨床経過	

※の欄は該当事項に〇をする。
（　）内は必要事項を記入してください。