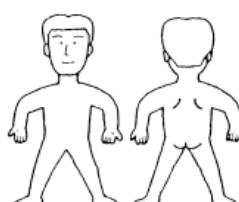


紅斑熱様患者調査票

《 日本紅斑熱 ・ つつが虫病 ・ その他(

)》

主治医名 (科)		受付保健所		衛生研究所受付 年 月 日		
医療機関名		保健所受付 年 月 日		検体番号		
患 者	1.性別※	1.男 2.女			2.年齢	
	住 所	市 町・村			3.職業	
	4.発病日	年 月 日				
	5.検体採取日	検体名	日本紅斑熱	つつが虫病	その他	
		5-1. 急性期血清	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
		5-2. 回復期血清	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
		5-3. 急性期血液	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
5-4. 刺し口痂皮	年 月 日	年 月 日				
6.病 日	第 病日					
調査事項	7.感染推定日	年 月 日 頃				
	8.感染(推定)地域	市町村 付近				
	9.感染(推定)場所※	9-1.(地形) 1.山地 2.平地 3.河川敷 4.海岸 5.その他()				
		9-2.(現況) 1.林 2.水田 3.畑 4.住宅地 5.野原 6.牧場 7.公園 8.ゴルフ場 9.果樹園 10.その他()				
	10.作業内容※	1.森林作業 2.農作業 3.工事 4.レジャー 5.山菜・山芋等採取 6.その他()				
臨床所見	11.刺し口※	11-1. 1.有 2.無			刺し口の部位(○印で記入) 	
		11-2.(部位) 1.頭 2.顔 3.頸 4.右肩 5.左肩 6.右腋窩 7.左腋窩 8.右手 9.左手 10.胸 11.腹 12.背 13.臀部 14.右足 15.左足 16.陰部 17.その他()				
		11-3.(状態) 1.水疱 2.潰瘍 3.痂皮				
	12.発 熱※	12-1. 1.有 2.無 12-2.(最高体温) °C 12-3.(発熱日) 月 日より 12-4.(有熱期間) 日間				
13.発 疹※	13-1. 1.有 2.無					
	13-2.(部位) 1.全身 2.顔 3.頸 4.胸 5.腹 6.背 7.腕 8.手 9.足 10.その他()					
	14.リンパ節腫脹※					
14-2.(部位)	1.右頸部 2.右腋窩 3.右鼠径 4.左頸部 5.左腋窩 6.左鼠径					
	15.その他※					
1.全身倦怠 2.頭痛 3.筋肉痛 4.肝腫脹 5.他()						
検査所見	16.血液所見※ (初診時)	16-1.白血球数	/mm ³	16-5.AST上昇	1.有 2.無	
		16-2.血小板	/mm ³	16-6.ALT上昇	1.有 2.無	
		16-3.CRP	mg/dl	16-7.LDH上昇	1.有 2.無	
		16-4.DIC	1.有 2.無			
	17.尿所見※	17-1.蛋白	1.有 2.無	17-2.潜 血	1.有 2.無	
治療	18.抗生物質※	1.テトラサイクリン系 2.ニューキノロン系 3.その他()				
	19.投 薬	19-1.開始日 年 月 日				
		19-2急性期血液の採取※ 1.投薬前 2.投薬後				
連絡事項						

※の欄は該当事項に○を記入してください。

()内は必要事項を記入してください。