別紙８

麻しん・風しん検査依頼票

衛研受付　　年　　月　　日
検体番号＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><td colspan="2">※麻しん・風しん</td><td>機関名</td><td colspan="2"></td><td>担当者
（主治医）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">患者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>※男・女</td><td colspan="3">年　　月　　日生（　　歳）
０歳の場合は必ず月齢記入（　　カ月）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">市　　町
郡　　村</td><td>施設名</td><td colspan="3">（　　年　　組）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">検査材料</td><td>採取日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>発病日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>※材料の種類</td><td colspan="6">咽頭ぬぐい液、尿、その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">臨床症状</td><td>疫学的事項</td><td colspan="6">散発・家族内（有、無）・地域流行（有、無）
集団発生（有、無：保育園、幼稚園、学校、その他【　　】）
ワクチン接種歴（有：１回目　　年　　月、２回目　　年　　月、無、不明）</td></tr>
<tr><td>※臨床症状</td><td colspan="6">無症状
発熱（最高　　℃）　コプリック斑（有、無）　咳そう（－、＋、＋＋）
鼻汁（－、＋、＋＋）　咽頭発赤（－、＋、＋＋）　眼脂（－、＋、＋＋）
発疹（－、＋、＋＋）出現日　　月　　日
リンパ節腫脹（有、無：耳介後部、頸部、後頭部）　その他（　　）</td></tr>
</table>

検査結果：報告日　　年　　月　　日

※の欄は該当事項に〇をする。
太枠の中は必ず記入して下さい。