

FAX

様式①

## 麻しん発生報告書

南部 保健所感染症担当者

FAX:098-888-1348

報告年月日(平成 年 月 日)

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	

## I

患者ID			
患者イニシャル			
市町村名		性別	男 女
保育所・学校名		生年月日	昭和・平成 年 月 日

## II

麻しんワクチン接種(母子健康手帳で確認) ※不明の場合は、母子健康手帳で確認して後日報告してください。	
1 有(ワクチンメーカー・LOT No. ) 2 無 3 不明	
接種年月日	平成 ・ 昭和 年 月 日

## III

麻しんを疑う症状	発熱(発熱日 )・発疹・カタル症状・コプリック斑・その他( )
考えられる、感染源	1 有( ) 2 不明
前医ありの場合	医療機関名( )
紹介ありの場合	紹介先( )
ウイルス診断用検体	1 有(検体:咽頭ぬぐい液・血液)(採取日 ) 2 無