

病原体情報(患者情報)

			報告日	
医療機関名			担当医師	
記載者			記載者所属等	
TEL			FAX	

1 病原体情報(患者情報)

イニシャル			性別		生年月日	
居住市町村			職場、職種、保育所など			
基礎疾患の有無						
感染症名(疑い含む) (感染症法及び発生動向調査に基づく)						
入院日	年 月 日					
経過	日時	受診状況や症状等			治療内容	
血液検査等 (疾患特有及び感染症関連検査結果等)						
ワクチン接種歴						
周囲(家族等)の有症者の有無						
当該疾患を疑った理由						
病原体検査の必要性						

2 保健所への連絡事項

--