

病 院 長 様
新潟県医師会長 様
郡市医師会長 様

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課長

侵襲性細菌感染症に係る研究について（協力依頼）

本県の福祉保健行政の推進について、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

例年お願いしている標記研究について、別紙のとおり厚生労働省より依頼がありましたので、引き続き御協力をお願いいたします。

つきましては、当該研究の対象となる症例があった場合は、下記のとおり分離菌株と症例情報を提供くださるようお願いいたします。

また、郡市医師会長におきましては、貴会会員へ周知くださるようお願いいたします。

記

1 研究の名称

「成人の侵襲性細菌感染症サーベイランスの強化のための研究」（研究代表者：国立感染症研究所 明田 幸宏）

2 研究の対象

感染症発生動向調査（5 類感染症全数把握）で保健所に届出を行った以下に挙げる症例（15 歳以上対象）

- ・ 侵襲性肺炎球菌感染症（IPD）
- ・ 侵襲性インフルエンザ菌感染症（IHD）
- ・ 劇症型溶血性レンサ球菌感染症（STSS）

（全年齢対象）

- ・ 侵襲性髄膜炎菌感染症

3 依頼内容

- ・ 上記 2 に該当する症例があった場合、分離菌株を保管する。
- ・ 別紙 1 ～ 3 「調査票」を記入する。

※分離菌株と調査票の回収は、最寄りの保健所（新潟市内の医療機関においては新潟市保健所）が行います。

4 その他

- ・ 退院後に再度調査票の内容（入院の場合転帰、合併症、後遺症の有無）について確認させていただきます。
- ・ 各症例の解析結果は、検査結果が得られ次第お知らせします。

担当：感染症対策班 羽入

Tel 025-280-5200（直通）

E-Mail ngt040330@pref.niigata.lg.jp

病 院 長 様
新潟県医師会長 様
郡市医師会長 様

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課長

侵襲性細菌感染症に係る研究について（協力依頼）

本県の福祉保健行政の推進について、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

例年お願いしている標記研究について、別紙のとおり厚生労働省より依頼がありましたので、引き続き御協力をお願いいたします。

つきましては、当該研究の対象となる症例があった場合は、下記のとおり分離菌株と症例情報を提供くださるようお願いいたします。

また、郡市医師会長におきましては、貴会会員へ周知くださるようお願いいたします。

記

1 研究の名称

「成人の侵襲性細菌感染症サーベイランスの強化のための研究」（研究代表者：国立感染症研究所 明田 幸宏）

2 研究の対象

感染症発生動向調査（5 類感染症全数把握）で保健所に届出を行った以下に挙げる症例（15 歳以上対象）

- ・ 侵襲性肺炎球菌感染症（IPD）
- ・ 侵襲性インフルエンザ菌感染症（IHD）
- ・ 劇症型溶血性レンサ球菌感染症（STSS）

（全年齢対象）

- ・ 侵襲性髄膜炎菌感染症

3 依頼内容

- ・ 上記 2 に該当する症例があった場合、分離菌株を保管する。
- ・ 別紙 1 ～ 3 「調査票」を記入する。

※分離菌株と調査票の回収は、最寄りの保健所（新潟市内の医療機関においては新潟市保健所）が行います。

4 その他

- ・ 退院後に再度調査票の内容（入院の場合転帰、合併症、後遺症の有無）について確認させていただきます。
- ・ 各症例の解析結果は、検査結果が得られ次第お知らせします。

担当：感染症対策班 羽入

Tel 025-280-5200（直通）

E-Mail ngt040330@pref.niigata.lg.jp

侵襲性感染症調査票(Ver7.2017.1.24) ※肺炎球菌・インフルエンザ菌

黄色部分は退院後に研究分担者から問い合わせさせて頂く場合があります。

記入日		年	月	日
発生動向調査ID	報告医師の氏名			
報告医療機関名				

※保健所記入欄

性別	①男 ②女	診断時の年齢	歳
喫煙歴 (喫煙指数200以上)	①現在あり ②過去あり(現在禁煙) ③なし ④不明	入院日	年 月 日
アルコール多飲歴 *ありの場合(酒類/1日量)	①あり (/) ②なし ③不明	身長(cm)	(cm)
入院の有無	①あり ②なし	体重(kg)	(kg)
入院日数	日間	集中治療室(ICU)管理	①あり ②なし
転帰	①軽快 ②発症30日以内の死亡 ③不明	5歳以下の幼児との同居	①あり ②なし ③不明
合併症(内容) *肺炎球菌・インフルエンザ菌 感染を原因とした	①あり () ②なし ③不明	長期施設入所 (療養施設、グループホーム、老健等)	①あり ②なし ③不明
後遺症(内容) *肺炎球菌・インフルエンザ菌 感染を原因とした	①あり () ②なし ③不明	IPD、IHD発症10日以内の季節性インフル エンザの併発の有無	①あり ②なし ③不明

基礎疾患の有無(1つ選択可)	①あり ②なし ③不明
基礎疾患(内容) (複数選択可)	基礎疾患ありの場合:
	①糖尿病 ②慢性心不全 ③心血管障害 ④慢性腎臓病 ⑤透析治療中 ⑥慢性肝疾患(肝硬変) ⑦気管支喘息 ⑧COPD
	⑨間質性肺炎 ⑩陳旧性肺結核 ⑪HIV感染症(AIDS) ⑫治療中の固形癌() ⑬抗がん剤治療中 ⑭放射線治療中
	⑮治療中の血液癌() ⑯造血幹細胞移植() ⑰悪性腫瘍の既往() ⑱臓器移植() ⑲自己免疫性疾患()
	⑳ステロイド治療中 ㉑免疫抑制剤治療中 ㉒生物製剤治療中 ㉓認知症 ㉔統合失調症 ㉕うつ病 ㉖脳梗塞(陳旧性含む)
	㉗先天性無脾/低形成 ㉘脾臓摘出後 ㉙補体欠損症
	㉚その他あれば複数記載可()

肺炎球菌陽性となった検体 (複数選択可)	①血液 ②髄液 ③関節液 ④その他() →送付した菌株の分離検体 ①血液 ②髄液 ③関節液 ④その他()
病型(複数選択可)	①菌血症 ②髄膜炎 ③肺炎 ④関節炎 ⑤感染性心内膜炎 ⑥副鼻腔炎 ⑦中耳炎 ⑧椎体炎 ⑨胆のう炎 ⑩感染性大動脈瘤 ⑪胸膜炎 ⑫その他()
肺炎の場合の診断根拠 (複数選択可)	①胸部X線画像上の新たな陰影 ②胸部CT画像上の新たな陰影
肺炎の診断補助(複数選択可)	①下気道検体から培養陽性 ②下気道検体のグラム染色所見 ③尿中抗原陽性
髄膜炎の場合の診断根拠 (複数選択可)	①髄膜刺激症状など臨床症状 ②髄液培養陽性 ③髄液抗原陽性
PPSV23(最近5年間の接種) (ニューモバックスNP)	①あり ②なし ③不明 → ありの場合:接種日(年 月 日)
PCV13(プレベナー13®)接種	①あり () ②なし ③不明 → ありの場合:接種日(年 月 日)

(記入上の注意)

- ・感染症発生動向調査の届出用紙と突合できるよう、届出IDを必ずご確認ください。
- ・血清型別の結果につきましては、後日、本用紙にてご回答申し上げます。
- ・ワクチンの接種状況が不明の場合には、本人に再度ご確認の上、ご記入ください。
- 特に肺炎球菌ワクチンの接種状況については、発生動向調査にも補足頂いた上で届出をお願い申し上げます。

報告(血清型診断結果)

※国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所での最終結果は書面にて御担当の先生にご報告申し上げます。

劇症型溶血性レンサ球菌感染症調査票（第3版）

■自治体関係者等記入欄

発生動向調査ID	
----------	--

第1版：2016年 8月15日作成
第2版：2017年 1月24日作成
第3版：2020年10月1日作成

■以下、✓もしくは必要事項の記入をお願い致します。 ■検体検査の結果につきましては、後日、別紙にてご回答申し上げます。

感染症法に基づく医師の届出	☐ 届出済み ☐ 未届出
---------------	--

（注）例：（1ヶ月以内）とは本症の発症日からさかのぼって1ヶ月以内を指します。

記入日	年 月 日	報告医師の氏名	
報告医療機関名		患者の居住地	() 都・道・府・県
性 別	☐ 男 ☐ 女	診断時の年齢	() 歳
身 長 ・ 体 重	() cm ・ () kg	長期施設入所（療養施設、グループホーム、老健等）	☐ あり ☐ なし
職 業	☐ あり（詳細： ） ☐ 無職	入院前のADL	☐ 自立 ☐ 要支援・介護 ☐ その他（ ）
認知症の有無	☐ あり ☐ なし	入院前の生活自立度	☐ 生活自立 ☐ 準寝たきり ☐ 寝たきり
現在の喫煙	ブリックマン指数（ 本/日 × 年間） ☐ 吸う ☐ やめた（ 年前） ☐ もともと吸わない ☐ 不明	現在の飲酒	☐ あり、種類（ ）、頻度（ /週）、量（ /日） ☐ 機会飲酒 ☐ なし ☐ 不明
15歳以下の小児との同居	☐ あり、人数・年齢（ 人／それぞれ 歳） ☐ なし ☐ 不明	本人及び家族の咽頭炎（1ヶ月以内）	☐ あり、発症時期（ ）、誰が（ ） ☐ なし ☐ 不明
带状疱疹予防のためのワクチン接種歴	☐ あり、接種時期（ 年 月） ☐ なし ☐ 不明	インフルエンザワクチン接種歴（今シーズン）	☐ あり、接種時期（ 年 月） ☐ なし ☐ 不明
带状疱疹の発症（1ヶ月以内）	☐ あり、発症時期（ ） ☐ なし ☐ 不明	インフルエンザの発症（1ヶ月以内）	☐ あり、発症時期（ ） ☐ なし ☐ 不明
水痘の発症（1ヶ月以内）	☐ あり、発症時期（ ） ☐ なし ☐ 不明	発症前のNSAIDsの内服（本症に対する内服は除く）（1ヶ月以内）	☐ あり、服用方法（ ☐ 定期 ☐ 頓服 ）、時期（ ）、NSAIDs 薬剤名（ ） ☐ なし ☐ 不明
発症前の妊娠・出産（90日以内）	☐ 発症時妊娠中 ☐ 出産後、出産時期（ ） ☐ なし ☐ 不明	発症前の外科的手術（1年以内）	☐ あり、時期（ ）、術式（ ） ☐ なし ☐ 不明
発症前の人工物留置	☐ あり、留置部位（ ）、留置時期（ ） ☐ なし ☐ 不明	発症前の関節内注射（90日以内）	☐ あり、時期（ ） ☐ なし ☐ 不明
発症前の外傷歴（90日以内）	☐ あり、外傷部位（ ）、傷の状態（ ☐ 開放創 ☐ 閉鎖創（打撲・打ち身・捻挫など）、本症発症の（ ）日前 ☐ なし ☐ 不明		

基礎疾患の有無	☐ あり（「基礎疾患の詳細」から選択して下さい） ☐ なし（「基礎疾患の詳細」の選択は不要です） ☐ 不明（「基礎疾患の詳細」の選択は不要です）		
基礎疾患の詳細（複数選択可）	☐慢性心不全 ☐四肢浮腫（リンパ浮腫含む）（部位： ） ☐悪性腫瘍の既往（診断名： ） ☐心筋梗塞、大血管疾患 ☐褥瘡（部位： ） ☐免疫抑制療法中 ☐末梢血管疾患（ASOなど） ☐その他の慢性皮膚疾患（詳細： ） ⇒ ☐ステロイド ☐慢性呼吸器疾患（COPD、喘息など） ☐血液疾患（詳細： ） ☐ステロイド以外の免疫抑制剤 ☐慢性肝疾患（肝硬変含む） ☐HIV感染症（AIDS） ☐生物製剤 ☐慢性腎臓病（CKD） ☐膠原病・自己免疫疾患（診断名： ） ☐精神疾患（うつなど）（認知症を除く） ☐透析療法中 ☐悪性腫瘍の治療中（診断名： ） ☐高血圧症 ☐糖尿病（ ☐インスリン自己注射あり ） ⇒ ☐抗がん剤治療中 ☐脂質異常症 ☐脳血管障害 ⇒ ☐放射線治療中 ☐甲状腺機能異常 ☐四肢麻痺（部位： ） ☐その他の方法により治療中（ ） ☐その他（複数記載可） ☐アトピー性皮膚炎 ☐悪性腫瘍の経過観察中（診断名： ） ・ () ・ ()		

発症日	年 月 日	初診日	年 月 日	入院日	年 月 日
最終的な転帰※	☐ 軽快 ☐ 死亡（ 年 月 日） ☐ 不明			来院時CPA	☐ あり ☐ なし

※「最終的な転帰」の記入上の注意点（軽快とは、治療や病状が安定して生存したことを意味します。ご報告時に「不明」の場合は、後日、研究分担者から問い合わせをさせていただきます。）

ショック症状の有無	☐ あり ☐ なし
ショック症状以外の臨床像（複数選択可）	☐肝不全 ☐咽頭炎・扁桃炎 ☐骨髄内炎症性疾患 ☐腎不全 ☐喉頭蓋炎 ☐産褥期菌血症 ☐急性呼吸窮迫症候群 ☐深頸部及び縦隔膿瘍 ☐尿路感染症 ☐DIC ☐肺炎及び肺化膿症 ⇒（ ☐腎盂腎炎を伴う ☐腎盂腎炎を伴わない ） ☐全身性紅斑性発疹 ☐膿胸 ☐化膿性関節炎 ☐けいれん・意識消失などの中枢神経症状 ☐髄膜炎 ☐骨髄炎 ☐蜂窩織炎（部位： ） ☐感染性心内膜炎 ☐感染臓器不明の菌血症 ☐壊死性筋膜炎（部位： ） ☐心外膜炎 ☐その他 ☐その他の皮膚軟部組織感染症 ☐腹膜炎 ⇒詳細（ ） ⇒詳細（ ） ☐腹腔内膿瘍（肝膿瘍など含む） ☐子宮内感染

治療開始前の血液培養	☐ 実施した ☐ 実施しなかった		
溶連菌培養陽性検体（複数選択可）	☐ 血液 ☐ 髄液 ☐ 胸水 ☐ 腹水 ☐ 心嚢液 ☐ 関節液 ☐ 軟部組織 ☐ 生検組織（部位： ） ☐ 喀痰 ☐ 咽頭 ☐ 尿（カテーテル留置 ☐ 有 ☐ 無） ☐ その他（ ）		
溶連菌 血清群	☐ A群 ☐ B群 ☐ C群 ☐ G群 ☐ その他（ ） ☐ 不明		
溶連菌 菌種	☐ S. pyogenes ☐ S. agalactiae ☐ SDSE (S. dysgalactiae subsp. equisimilis) ☐ その他（ ） ☐ 不明		
複合感染の有無	☐ あり、菌名（ ）、培養陽性検体（ ） ☐ なし		
集中治療室（ICU）管理	☐ あり、日数（ 日間） ☐ なし		免疫グロブリンの使用 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明
外科的介入の有無（複数回答可）	☐ 切開・デブリドマンあり、時期（ ）、部位（ ） ☐ 四肢切断あり、時期（ ）、部位（ ） ☐ なし ☐ 不明		クリンダマイシンの使用 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明
予測される侵入門戸	☐ 推定（部位： 推定理由： ） ☐ 侵入門戸不明		

侵襲性髄膜炎菌感染症調査票
黄色部分は退院後に問い合わせしてください

※保健所記入欄		記入日		年	月	日
発生動向調査ID*		報告医師の氏名*				
報告医療機関名*						

患者情報					
性別	☐ 男 ☐ 女		身長 (cm)	(cm)	
職業			体重 (kg)	(kg)	
診断時の年齢	歳	ヶ月	発症日	年	月 日
疑われる感染源 (内容)	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 : ありの場合→ ☐ 家族 ☐ 友人 ☐ 同僚 ☐ その他 ()				
髄膜炎菌ワクチン (MCV4) 接種歴	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 : ありの場合→ 接種日 (年 月 日)				

臨床経過			
入院の有無	☐ あり ☐ なし	集中治療室 (ICU) 管理	☐ あり ☐ なし
転帰	☐ 軽快 ☐ 発症30日以内の死亡 ☐ 不明	合併症 (内容) *髄膜炎菌感染症を原因とした	☐ あり () ☐ なし ()
入院日数 (入院の場合)	日間	後遺症 (内容) *髄膜炎菌感染症を原因とした	☐ あり () ☐ なし ()
病型 (一つ選択) *必須	☐ 菌血症 ☐ 髄膜炎 ☐ 菌血症と髄膜炎の併発		
その他の臨床像 (複数可)	☐ 咽頭炎 ☐ 肺炎 ☐ 関節炎 ☐ 結膜炎 ☐ 紫斑 ☐ その他 ()		

リスク要因			
発症時の喫煙歴	☐ あり ☐ なし ☐ 不明	アルコール多飲	☐ あり ☐ なし ☐ 不明
喫煙量	1日当たり _____ 本 _____ 年	飲酒量	☐ ビール ☐ 日本酒 ☐ ウイスキー ☐ 焼酎 1日当たり _____ ml
生活形態	☐ 一人暮らし ☐ 家族と同居 ☐ 寮・福祉施設等で集団生活	発症前1か月以内の 海外渡航歴 (国名)	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明
発症前1か月以内のマス ギャザリング参加 (イベント名)	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明	MSM *男性の場合	☐ あり ☐ なし ☐ 不明

基礎疾患		☐ あり ☐ なし ☐ 不明
基礎疾患の内容 *後遺症含む		
☐ 糖尿病 ☐ 脳梗塞 ☐ 慢性腎疾患 ☐ 透析治療中 ☐ 慢性肝疾患 (肝硬変含む) ☐ 慢性呼吸器疾患 ☐ 気管支喘息 ☐ COPD ☐ 間質性肺炎 ☐ 陳旧性肺結核 ☐ 慢性心疾患 ☐ 心血管障害 ☐ 精神疾患 ☐ HIV感染症 (AIDS) ☐ 治療中の固形癌 () ☐ 治療中の血液癌 () ☐ 抗がん剤治療中 ☐ 放射線治療中 ☐ 造血幹細胞移植 ☐ 悪性腫瘍の既往 () ☐ 臓器移植 () ☐ 自己免疫性疾患 () ☐ ステロイド治療中 ☐ 免疫抑制剤治療中 ☐ 生物製剤治療中 ☐ 認知症 ☐ 統合失調症 ☐ うつ病 ☐ 脳梗塞 (陳旧性含む) ☐ 先天性無脾/低形成 ☐ 脾臓摘出後 ☐ 補体欠損症 ☐ その他 ()		

その他			
発症前1か月間の家族等の同居人における疾病の発生	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明	: ありの場合→	☐ 呼吸器症状 ☐ 消化器症状 ☐ 発熱・頭痛・筋肉痛
接触者における予防内服の実施	☐ あり ☐ なし ☐ 不明	→ ありの場合: 対象者 ()	
診断方法	☐ 培養検査による髄膜炎菌検出 (検体:) ☐ 遺伝子検査による髄膜炎菌遺伝子検出 (検体:)		

(記入上の注意)
・感染症発生動向調査の届出用紙と突合できるよう、届出IDを必ずご確認ください。
・検体検査の結果につきましては、後日、本用紙にてご回答申し上げます。
・ワクチンの接種状況が不明の場合には、本人に再度ご確認の上、ご記入ください。
特に肺炎球菌ワクチンの接種状況については、発生動向調査にも補足頂いた上で届出をお願い申し上げます。

報告 (血清型診断結果)

※国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所での解析結果を主治医の先生にご報告申し上げます。

侵襲性肺炎球菌感染症・侵襲性インフルエンザ菌感染症の菌株提出について

1 対象調査

保健所に侵襲性肺炎球菌感染症・侵襲性インフルエンザ菌感染症（※5類感染症・全数届出の対象）の届出を行った場合、

- ① 感染症流行予測調査（令和7年7月8日付感薬第363号の5）
- ② 侵襲性細菌感染症にかかる研究について（以下、「研究班」という。）
（令和7年7月8日付感薬第365号）

の2つの調査で菌株の保存、提出をお願いしています。

2 医療機関における提出のながれ

患者の年齢により、提出いただく書類等が異なります。

◎成人（15歳以上）の場合

→①②両調査が対象となります。

国の研究班提出用のセット（菌株＋調査票）と流行予測調査の同意書を保健所に提出ください。

◎小児の場合

→①の調査のみ対象となります。

流行予測調査の同意書＋菌株を保健所に提出ください。

注）「ワクチンの実地使用下における基礎的・臨床的研究及びワクチンの評価・開発に資する研究」（分担研究者：新潟大学大学院医歯学総合研究科小児科学分野 齋藤 昭彦 教授）の調査に協力している医療機関の場合は、当該研究班用とは別に今回の流行予測調査用に菌株を分けて提出してください。

【注意点】

- ・流行予測調査の同意書は、病院から患者等に説明して記載し、検体（菌株）とともに保健所に提出ください。
（患者等への説明にあたっては、別紙2の「感染症流行予測調査への御協力をお願い」をご利用ください）
- ・流行予測調査では、患者に謝礼品を送付するため、同意書には、郵便番号・住所を記載していただくようお願いします。

3 検査の結果について

○国の研究班の検査結果

検査結果を保健所から病院へ送付します。

○流行予測調査の検査結果

- ・患者へは、県から直接検査結果が送付されます。
- ・病院へは、流行予測調査ルートでの検査報告は行いません。
（国の研究班の検査結果が別途送付されるため）

4 その他

- 劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (15 歳以上) 及び侵襲性髄膜炎菌感染症 (全年齢) は研究班の対象となるため、国の研究班提出用のセット（菌株＋調査票）を保健所に提出ください。
- 劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (15 歳未満) は流行予測調査・研究班ともに対象ではありませんが、県の病原体サーベイランス事業において菌株を収集しているため、菌株＋県サーベイランス検査票の提出に御協力をお願いします。

新潟市以外医療機関向け資料・表

疾患名	御提供頂きたいもの	
	15歳未満	15歳以上
侵襲性肺炎球菌感染症 (IPD)	菌株(1検体) 感染症流行予測調査 同意書(別紙3の1)	菌株(1検体) 感染症流行予測調査 同意書(別紙3の1) 研究班 調査票(別紙1)
侵襲性インフルエンザ菌感染症 (IHD)	菌株(1検体) 感染症流行予測調査 同意書(別紙3の2)	菌株(1検体) 感染症流行予測調査 同意書(別紙3の2) 研究班 調査票(別紙1)
劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (STSS)	菌株(1検体) 新潟県サーベイランス 検査票(別記様式)	菌株(1検体) 研究班 調査票(別紙2)
侵襲性髄膜炎菌感染症	菌株(1検体) 研究班 調査票(別紙3)	菌株(1検体) 研究班 調査票(別紙3)

別記様式

保健所コード
□□-□□-□□

保健所登録全数報告ID
□□□□-□□□□-□□□□□

衛研受付番号(検体提供者番号)
□□□□□□□□

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）

患者	性 別	男 ・ 女	外来・入院の別	定点医療機関の場合は該当するものを ○で囲んでください ・インフルエンザ定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感染症定点 ・基幹定点
	年 齢	歳 カ月	□ 入院の場 合にチェック	
	氏 名			
	住 所			
[主治医等記載欄]				
医療機関等名及び 主治医等医師名 (記載者)				
検査材料送付日		年 月 日	分離株(無、 有、 検査中)	
診 断 名				
発 病 日		年 月 日		
検	採 取 日	年 月 日		
査 材 料	材 料 の 種 類 [該当するもの一つを ○で囲んで下さい]	・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・髄液 ・尿 ・吐物 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他[])) ・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・陰部尿道頸管擦過物／分泌物 ・細胞診、生検、剖検材料(臓器) ・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[])) ・その他 ()		
	臨 床 症 状・ 徴 候 等 [該当するもの全てを ○で囲んで下さい] 的 (基礎疾患を除く)	・無症状 ・胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ・頭痛 ・発熱(最高 ℃) ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・熱性けいれん ・関節痛(関節炎)、筋肉痛 ・髄膜炎、意識障害、麻痺(部位)、 ・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、 その他[])) ・下気道炎(肺炎、気管支炎) 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、 その他[])) ・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ・循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ・出血傾向※全身性のもの ・黄疸 ・肝機能障害 ・リンパ節腫脹(部位)、唾液腺腫脹、 ・腎機能障害 浮腫(部位) (HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ・ショック症状(低血圧、循環不全) ・尿路生殖器症状 ・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) (膀胱炎、尿道炎、外陰炎、頸管炎) [・診断に関連する検査所見等]		
基 礎 疾 患				
転 帰		・経過観察中 ・軽快 ・治癒 ・後遺症有り () ・死亡 (死亡日) ・入院期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)		

検体の提供に関する同意 (Aのチェック又はBの記入による)	
A 主治医による口頭確認 □	B 検体提供者 の承諾に係る署名 署名 (または保護者) _____

迅速 検査	*インフルエンザ迅速キット使用(無、有:メーカー名[]:[陰性、陽性、保留])	
	*抗インフルエンザ薬投与(無、有:薬剤名[])	
	投与開始日 年 月 日[予防投与、治療投与]) 投与終了日 年 月 日	
	・ロタ(+ / -) ・アデノ(+ / -) ・RS (+ / -) ・A群β溶連菌(+ / -) ・マイコプラズマ(+ / -) ・メタニューモ(+ / -) ・その他 ()	
[保健所等記載欄](主治医記載可)		
発 生 の 状 況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生 (無、 有) ・集団発生 (無、 有) ・発生市区町村() 有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舍・寮、病院、 老人ホーム[介護施設を含む]、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、 事業所、海外ツアー、国内ツアー、その他[])	
最近の海外渡航歴	国名	
	期間	年 月 日 ～ 年 月 日
ワクチン接種歴	(無、 有、 不明) 最終接種年月 年 月 日	
	ワクチン名	(Lot No.)
[主治医等から地方衛生研究所への連絡事項]		
[その他特記事項]		

注1) 患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づ
く一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。

注2) 主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。

注4) 医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。

[地方衛生研究所記載欄]

検査担当者名	項目・担当	培養・抗原・遺伝子・抗体	
	項目・担当	培養・抗原・遺伝子・抗体	
	項目・担当	培養・抗原・遺伝子・抗体	
抗体検出 方法	(蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他[])		
結果	()		
病原体検出	検査開始年月日	年 月 日	検出年月日 年 月 日
	検出方法 [陽性となった方法を ○で囲んで下さい]	・分離培養(培養細胞:細胞名/継代数[]) 人工培地、発育鶏卵、動物、その他[] ・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他[]) ・遺伝子検出 1.非増幅(ハイブリ、PAGE、その他[]) 2.増幅(PCR、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[]) ・電顕 ・鏡検	
検出病原体 (群、型、亜型)			
NESID	入力	: 年 月 日	担当
	修正・追加	: 年 月 日	担当

[その他特記事項]

検査データ確認	
検査部門管理者	