

エボラ出血熱疑い例 連絡票 ver. 1

(平成26年8月8日版)

受理年月日： 平成 年 月 日

担当医師名：

病院・診療所等施設名：

上記施設の所在地・電話番号：

1 患者の属性

氏名（イニシャル）		年齢		性別	
居住地（区市町村）		職業		国籍	
同居者の有無	有 ・ 無 （有の場合）構成〔 〕				
初診日	年 月 日	入院日	年 月 日	／外来のみ	

2 報告及び検査要件（あてはまる項目にチェック）以下の①②③の全てに該当するもの

<input type="checkbox"/>	① 38度以上の発熱を呈する
<input type="checkbox"/>	② 激しい頭痛、関節痛、筋肉痛、胸痛、腹痛、嘔吐、下痢、食思不振、脱力、原因不明の出血等の症状を呈する
<input type="checkbox"/>	③ 発症前3週間に疫学的なリスクがある（以下3項目は例示） ・エボラ出血熱患者（疑い患者含む）の体液等（血液・体液や吐物・排泄物など）との直接接触がある ・エボラ出血熱流行地※2への渡航歴や居住歴がある ・エボラ出血熱発生地域※3由来のコウモリ、霊長類等に直接手で接触する等の接触歴がある

※1 他の感染症によること又は他の病因が明らかな場合を除く

※2 西アフリカのギニア、シエラレオネ、リベリア（平成26年8月8日現在）

※3 上記※2に加え、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボアール、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国（平成26年8月8日現在）

3 患者の渡航歴・経過等

渡航歴	・ 渡航先（国名： 年 月 日～ 年 月 日）（都市名・地域名： 年 月 日） ・ 渡航期間（ 年 月 日～ 年 月 日） ・ 同行者の有無（有 ・ 無）〔同行者： 名、家族・同僚・その他〕
接触歴	接触歴：〔有（確定患者・疑い患者・コウモリ・霊長類）・無・不明〕 （有の場合）具体的な接触物（体液等）〔 〕 接触時期：〔 年 月 日頃〕 接触場所：〔医療機関・埋葬地・熱帯雨林・その他（ ）〕 接触状況：〔直接接触・その他（具体的に： ）〕 対象の状況：〔死亡（死骸）・病変あり・その他（ ）〕
症状等	発症時期：〔 年 月 日〕 発熱最高：〔 ℃〕 病状〔重症・軽症〕 症状：〔激しい頭痛・関節痛・筋肉痛・胸痛・腹痛・嘔吐 下痢・食思不振・脱力・原因不明の出血〕 その他経過： 胸部X-p所見：〔 〕 他の感染症等の検査：〔 〕 基礎疾患：〔なし・あり（ ）〕

4 保健所記載欄（①②は検査実施の場合に記載）

保健所名	担当者（ ）
連絡先	
① 国立感染症研究所への検体搬入予定時刻	月 日 時 分頃
② 検体の種類	血液（血清含む）・咽頭ぬぐい液・尿・その他（ ） 〔発症日から 日経過時点の検体〕