

インフルエンザ重症サーベイランス報告票

【急性脳症(急性脳炎)】【人口呼吸器装着】【集中治療室入室】【死亡】に該当する患者について、報告してください。

◎ 報告患者の検体採取をお願いします。

報告日 年 月 日

和歌山市保健所長 様

医療機関

診療科

主治医

連絡先

患者	ふりがな 氏名				発症年月日	年 月 日
	住所				初診年月日	年 月 日
					診断年月日	年 月 日
	性別	生年月日	年齢		入院年月日	年 月 日
	所属				退院年月日	年 月 日
					死亡年月日	年 月 日

患者の状態及び状況

基礎疾患等	なし	入院の理由	インフルエンザ重症化のため			
	妊娠( 週) 糖尿病		主に基礎疾患治療のため			
	慢性呼吸器疾患(疾患名)		経過観察のため			
	慢性心疾患(疾患名)		感染拡大防止のため			
	慢性腎疾患(疾患名)		その他( )			
	慢性肝疾患(疾患名)		経過	外来受診		
	神経疾患・神経筋疾患(疾患名)			救急受診		
	血液疾患(疾患名)			他院より紹介(医療機関名)( 月 日受診)		
	免疫機能不全(疾患名)					
	その他 基礎疾患( )					
ワクチン	接種あり	患者の状態	ICU	人工呼吸器使用 ( 月 日～ 月 日 )		
	接種なし			酸素なし ( 月 日～ 月 日 )		
	不明			酸素あり ( 月 日～ 月 日 )		
検査	簡易	PCR		一般病室	人工呼吸器使用 ( 月 日～ 月 日 )	
	鼻腔ぬぐい液				A(+)	酸素なし ( 月 日～ 月 日 )
	咽頭ぬぐい液				B(+)	酸素あり ( 月 日～ 月 日 )
	その他( )		(-)		実施なし	
<検体採取:死亡例、重症例(脳症、人工呼吸器装着、ICU入室)患者>					人工呼吸器使用 ( 月 日～ 月 日 )	
鼻腔ぬぐい液	A/H1N1	B型	酸素なし ( 月 日～ 月 日 )			
咽頭ぬぐい液	A/H3N2	(-)	酸素あり ( 月 日～ 月 日 )			
その他( )	新型H1	実施なし				
症状	発熱(最高温度 度)	全身倦怠感	治療	タミフル( 月 日～ 月 日 )		
	鼻汁もしくは鼻閉	関節痛		リレンザ( 月 日～ 月 日 )		
	咽頭痛	筋肉痛		ラビアクタ( 月 日～ 月 日 )		
	下痢	多臓器不全		イナビル( 月 日 )		
	嘔吐	急性脳症*		その他治療薬(薬品名 月 日～)		
	咳嗽	意識障害		投薬なし		
	肺炎(ウイルス性・細菌性)	その他( )				
事項記			転帰	軽快・治癒退院		
				転院(医療機関名)		
				死亡退院		

※ 退院及び重症化等患者の状態・状況に変化があれば随時、迅速に連絡願います。

※ 患者が既に基礎疾患で入院中であった場合、インフルエンザが発症した日が入院日、インフルエンザが治癒した日が退院日となります。

\* 「急性脳症」を診断した場合には、法に基づく5類感染症としての届出も併せて必要となります。