

麻疹発生報告書

保健所感染症担当者

※ FAX 番号は別添保健所 FAX 番号を参考にして下さい。

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

麻疹ワクチン接種(母子健康手帳で確認)			
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

麻疹を疑う症状	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	

麻しん発生追跡調査

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	

あて

平成 年 月 日報告のありました、以下の患者について記入をお願いします。

患者ID	
患者イニシャル	
性別	男 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日

I IgG・IgM 検査実施について

実施なし

検査済み ※検査結果を記入して下さい。

採血日	月 日 (検査値/正常値)	月 日 (検査値/正常値)
IgG		
IgM		

III 麻しん発生報告後、検査結果等から最終診断は？下記に○で記入して下さい。

麻しん

麻しんを否定 (※麻しん発生全数把握報告から、病院名のみ削除します。)

麻しんでない場合の診断名 ()

※ お手数ですが、この用紙でそのまま下記あて FAX お願いします。

保健所感染症担当者

Fax 番号

各機関連絡一覽

機 関 名	連 絡 先	
福祉保健部健康増進課	FAX : 098-866-2289	TEL : 098-866-2209
北部保健所	FAX : 0980-53-2505	TEL : 0980-52-5219
中部保健所	FAX : 098-938-9779	TEL : 098-938-9701
中央保健所	FAX : 098-835-1014	TEL : 098-854-1005
南部保健所	FAX : 098-888-1348	TEL : 098-889-6591
宮古保健所	FAX : 0980-72-8446	TEL : 0980-73-5074
八重山保健所	FAX : 0980-83-0474	TEL : 0980-82-3240
沖縄県衛生環境研究所	FAX : 098-945-9366	TEL : 098-945-0785