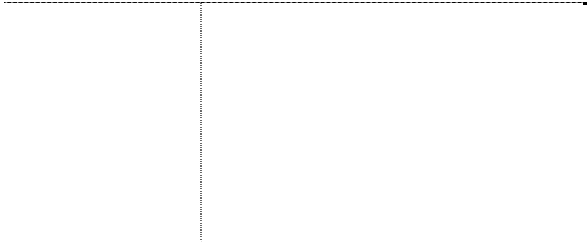
アルボウイルス検査依頼書 FAX:03-5285-1188



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名：  依頼者：  FAX 番号：  e-mail： | | 患者 ID： 性別 □男 □女  年齢 : 歳 | | | |
| 発病日（MM/DD/YYYY） / /  臨床診断名； | | | |
| 検査希望項目  □ ウイルス検査  □ 抗体検査 | | 疫学情報  □ 単発症例 □ 家族も発症 □ 同行者も発症  □ 居住地の近隣で同様の症例有 | | | |
| 検査対象項目  □ 日本脳炎 □ ウエストナイル熱・脳炎  □ デング熱 □ チクングニヤ熱　□ ロスリバー熱  □ 黄 熱 □ ジカ熱　 □ その他（ | | | | 外注検査依頼（感染症）  □有  □無  ） | 検体の由来  □ヒト  □動物 |
| 検体採取日  年  月 日  採血日体温 ℃ | 検体の種類  □ 血清 □全血 □髄液  □ 尿 □唾液 | | 検査データ(病初期、現在) | | |
| 月 日 月 日  ・ RBC  ・ WBC  ・ platelet  ・ CRP  ・ GOT(AST)  ・ GPT(ALT)  ・ 髄液細胞数 | | |
| 検体情報（採取日）  複数検体の場合  □ 急性期 月 日  □ 回復期 月 日  □ S3 月 日  □ S4 月 日  □ S5 月 日 | 予防接種歴  日本脳炎 □有（ 年）  □無  黄 熱 □有（ 年）  □無  その他； | |
| 症状・徴候 | | | | | |
| 1. 発熱  □ 悪寒  □ 発熱  体温（ ℃）発熱日（ 月 日）  持続期間（ 日）  □ 発熱中  □ 解熱日（ 月 日）  ２. 皮膚・関節症状  □ 発疹 □ 出血斑 □水泡疹 □ 紅斑  □ 関節痛 □ 筋肉痛  ３.消化器症状  □ 下痢 □ 便秘 □ 嘔吐 □ 悪心  ４.中枢神経症状  □ 頭痛 □ 髄膜炎症状 □ 痙攣  □ 失見当識  □ 昏睡状態（レベル ）  ５.呼吸器症状  □ 咳 □ 咽頭痛 □ 肺炎症状  ６. その他の症状  □ 後眼窩痛 | | 旅行歴  □ 無  □ 有（渡航先；国名  ）  旅行行程（国名：都市・地域名）  月 日～ 月 日：  月 日～ 月 日：  月 日～ 月 日：  月 日～ 月 日：  その他特記すべき旅行中のエピソード  □ 動物との接触があった。  □ 蚊に刺された。  □ ダニ・ノミに刺された。  □ なにか分からないが虫に刺された。  居住地  □ 日本 □海外（国名 ） | | | |

上記に記入し Fax にて送信願います。国立感染症研究所ウイルス第一部第 2 室 林　昌宏 宛

〒162-8640 東京都新宿区戸山 1-23-1

FAX(03)5285-1188, TEL(03)5285-1111(代表)、(03)5285-1188(ﾀﾞｲｱﾙｲﾝ), e-mail : [ck@nih.go.jp](mailto:ck@nih.go.jp)