

鳥インフルエンザ（H7N9）に関する連絡票

健康福祉センター（保健所）所長 様

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ (_____) _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 当該者氏名	2 性別	3 生年月日	4 診断時の年齢(0歳は月齢)
	男・女	年 月 日	歳 (月)
5 当該者住所			電話 () -
6 当該者所在地			電話 () -
7 保護者氏名	8 保護者住所 (7、8は患者が未成年の場合のみ記入)		
			電話 () -

9 症 状	<u>該当するものに✓を入れてください。</u>		
	<input type="checkbox"/> 38度以上の発熱 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 臨床的または放射線学的に肺病変（例：肺炎またはARDS）が疑われる その他 ()		
10 渡居航住、状況	<u>該当する場合に✓を入れてください。</u>		
	<input type="checkbox"/> おおむね発症前10日以内に発生・流行地域（中国）に渡航または居住していた地域名 () 滞在期間 (月 日 ~ 月 日)		
11 接 触 歴	<input type="checkbox"/> 感染した鳥（疑い、死体含む）		<input type="checkbox"/> 患者（疑い含む）
12 発 病 日	平成 年 月 日		
13 死 亡 日	平成 年 月 日		

※他の感染症によることまたは他の病因が明らかな場合は連絡不要です。

鳥インフルエンザ(H7N9)が疑われる場合には、直ちにこの連絡票を提出してください。