

## 中東呼吸器症候群(MERS)患者等(疑似症患者等を含む) 基本情報・臨床情報調査票

## 基本情報※

ID \_\_\_\_\_

1	調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他( )
2	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名( ) 本人との関係( )	調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -
3	診断分類： 1) 患者 2) 疑似症患者	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日

※3～17は発生届出票等より転記(4はNESIDへの登録後に記入)

18	患者氏名：	19	性別： 男・女	20	生年月日： 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
21	患者住所：				
22	患者電話番号：自宅 - - 携帯 - - 患者Email： @				
23	調査時点の患者の主たる所在： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明 連絡先住所： 電話番号： - -				
24	職業・業種・学校(幼稚園・保育園等を含む)等： 最終勤務・出席(勤)日( 年 月 日) (児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること) 勤務先/学校名： 勤務先/学校所在地： 勤務先/学校電話番号： - -				
25	本人以外(保護者等)の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 電話番号 自宅： - - 携帯： - -				
26	身長( ) cm 体重( ) kg				
	妊娠		なし・あり		(妊娠 週)
	喫煙		なし・あり		( 歳から 本/日)
	糖尿病		なし・あり		
	呼吸器疾患(喘息・COPD・その他)		なし・あり		(具体的に )
	腎疾患		なし・あり		(ありの場合、透析 あり・なし)
	心疾患		なし・あり		(具体的に )
	血液疾患(貧血等)		なし・あり		(具体的に )
	免疫不全(HIV、免疫抑制剤使用含む)		なし・あり		(具体的に )
	悪性腫瘍(がん)		なし・あり		(具体的に )
	その他( )				
その他( )					



31	入院：□なし□あり（ありの場合 入院期間 月 日～ 月 日）			
	入院医療機関名：		診療科名：	
	入院医療機関所在地：		主治医名：	
連絡先：				
32	患者受診後の医療行為：			
	月日	医療機関名	実施者氏名	医療行為等の内容
	/			
	/			
	/			
	/			
33	転帰： 外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり・死亡・MERS-CoVを否定(診断名記入)			
自由記載欄				

## 検査結果

34	MERS-CoVの検査				
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法 検査施設
	MERS-CoV			陰性・陽性・その他（ ）	
	MERS-CoV			陰性・陽性・その他（ ）	
	MERS-CoV			陰性・陽性・その他（ ）	
	MERS-CoV			陰性・陽性・その他（ ）	
35	MERS-CoV以外の検査				
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法 検査施設
	<b>●培養検査 あり・なし・不明</b>				
	ありの場合			陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
	<b>●抗原検査 あり・なし・不明</b>				
	インフルエンザウイルス			陰性・陽性	
	RSウイルス			陰性・陽性	
	アデノウイルス			陰性・陽性	
	肺炎球菌			陰性・陽性	
	レジオネラ			陰性・陽性	
	<b>●その他検査法</b>				
病原体名（ ）			陰性・陽性・その他（ ）		
病原体名（ ）			陰性・陽性・その他（ ）		
病原体名（ ）			陰性・陽性・その他（ ）		
自由記載欄					

中東呼吸器症候群(MERS)患者等 行動調査票(感染源・接触者調査用)

患者氏名: \_\_\_\_\_ 調査者氏名: \_\_\_\_\_ 患者ID: \_\_\_\_\_

感染源に係る行動調査

1	発症前2週間の中東地域等への旅行歴 <input type="checkbox"/> あり (国名: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、下記括弧内、項目2~4及び行動調査票(添付2-2および2-3)にも記入 ( 渡航期間、渡航地(できるだけ詳しく)、フライト情報等 )
2	発症前2週間の中東地域等における医療機関の滞在 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、詳細を項目6に記入
3	発症前2週間の中東地域における動物との濃厚接触(ラクダや、動物園、野生等の動物。死んだ動物、屠殺なども含む。) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、下記に接触動物名等を記載し、詳細を項目6に記入 接触動物( _____ ) 接触場所( _____ ) 接触日( _____ ) 接触動物( _____ ) 接触場所( _____ ) 接触日( _____ )
4	発症前2週間の中東地域における非加熱畜産物(ラクダ生乳等)の喫食歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、下記に喫食した非加熱畜産物名等を記載し、詳細を項目6に記入 喫食製品( _____ ) 喫食場所( _____ ) 喫食日( _____ )
5	発症前2週間の発熱と急性呼吸器症状のある人との接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、詳細を項目6に記入
6	項目2~5で「あり」の場合、発症2週間前の行動 ( 立ち寄った場所・病院やそこでの接触者などを具体的に )
6	発症前1カ月間の家族を含む濃厚接触者の中東地域等への渡航歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、下記にも記入 ( 渡航期間、渡航地(できるだけ詳しく)、フライト情報等 )

接触者に係る行動調査

7	当該患者等の発症後適切な隔離までの自宅内での濃厚接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、詳細を行動調査票(添付2-2および2-3)に記入
8	当該患者等の発症後適切な隔離までの学校・職場での濃厚接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、詳細を行動調査票(添付2-2および2-3)に記入
9	当該患者等の発症後適切な隔離までのその他の活動での濃厚接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ありの場合、詳細を行動調査票(添付2-2および2-3)に記入
自由記載欄	
自由記載欄(つづき)	



中東呼吸器症候群（MERS）患者等の接触者リスト

（添付2-2）

患者氏名： \_\_\_\_\_

調査者氏名： \_\_\_\_\_

患者ID： \_\_\_\_\_

感染源・接触者一覧（患者行動調査票を使用して得られた感染源、接触者の両方について記入）

（推定）感染源：

濃厚接触者リスト（別途健康観察票 添付3により健康観察を行う）

同居者

接触者 番号	よみがな 氏名	続柄 (関係)	年齢	性別	患者との 最終接触日	基礎 疾患※2	観察期間内 の発症※3	連絡先（電話番号、 メールアドレス等）	備考（接触状況等）
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		
					年 月 日	無／有	無／有		

※1：「有」の際は薬名、開始時、量、期間等備考欄に詳細記入、※2：疾患は患者臨床症状調査票（添付1）の基礎疾患参照（「有」の際は備考欄に詳細記入）、※3：観察期間は患者との最終接触日から14日後までとし、「有」の際は患者として患者臨床症状調査票（添付1）により調査を行う。※1～※3 の項目については以下同じとする。



(添付3)

### 中東呼吸器症候群(MERS)患者等の接触者における健康観察票(1枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接触日から14日目で終了してください。

接触者番号：		観察対象者氏名：			住所：			TEL： - -		Email： @		
接触患者氏名：		患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃			患者との関係：							
	観察開始日	開始後1日目	開始後2日目	開始後3日目	開始後4日目	開始後5日目	開始後6日目	開始後7日目	開始後8日目	開始後9日目	開始後10日目	
	日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
呼吸器 症状	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	その他											
朝・夕の確認☑ (確認手段(電話・ 面接等)を記載)	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	
備考												
確認者												

保健所名： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_ 所在地： \_\_\_\_\_ TEL： - - FAX： - -  
 Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## 中東呼吸器症候群(MERS)患者等の接触者における健康観察票(2枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接触日から14日目で終了してください。

接触者番号：		観察対象者氏名：			住所：			TEL： - -		Email： @	
接触患者氏名：		患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃			患者との関係：						
	開始後11日目	開始後12日目	開始後13日目	開始後14日目							
	日付	/	/	/	/						
	最高体温	℃	℃	℃	℃						
呼吸器症状	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有						
	咳	無・有	無・有	無・有	無・有						
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有						
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有						
その他	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有						
	嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有						
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有						
	その他										
朝・夕の確認☑ (確認手段(電話・面接等)を記載)	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )	朝:□( ) 夕:□( )							
備考											
確認者											

保健所名： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_ 所在地： \_\_\_\_\_ TEL： - - FAX： - -  
 Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_