【参　考　様　式】

平成２６年○月　※日

厚生労働省健康局結核感染症課　御中

○○県○○部○○課

中東呼吸器症候群（MERS）について

標記について、下記のとおり中東呼吸器症候群（MERS）に係る情報提供がありました。

記

平成26年○月○日(○)○○保健所管内○○病院より連絡

＜患者について（任意）＞

○○市（区・町）在住

性別：○性

年齢：○歳

職業：

基礎疾患：

＜症状の経過（分かる限りで）＞

H26.○.○～（帰国or日本入国）

H26.○.○～（症状・発症日）

入院日（救急搬送日）：H26年○月○日

＜現在の症状等（分かる限りで）＞

現在の症状（分かる限り細かく）：

治療状況（分かる限り細かく） ：

検体の有無（有の場合は種類と採取時期、無の場合は今後の採取の可否）：

他に疑われる感染症等の検査結果：

＜情報提供を求める患者の要件（入力必須かつア又はイの要件に合致する場合に要情報提供）＞

* チェック項目

ア（下記2項目を全て満たす者）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 発熱と急性呼吸器症状があること（以下①～③の要件に全て該当する重症例に限る） |
|  | 1. 38℃以上の発熱と咳を伴う急性呼吸器症状がある |
|  | 1. 臨床的又は放射線学的に実質性肺病変（例：肺炎又はARDS）が疑われる |
|  | 1. 他の感染症による又は他の病因によることが明らかな場合ではない |
|  | 発症前14日以内に対象地域\*への渡航又は居住歴があること |

イ（下記2項目を全て満たす者）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 発熱と急性呼吸器症状（軽症の場合を含む）があること  （ただし、他の感染症による又は他の病因によることが明らかな場合ではないこと） |
|  | 発症前14日以内に対象地域\*において、医療機関を受診又は訪問した、MERS確定例との接触歴がある、あるいはラクダとの濃厚接触歴（例：未殺菌乳の喫食）がある |

\*対象地域：アラビア半島又はその周辺諸国

＜追加検査（要件合致の場合に地方衛生研究所での以下の検査を要検討）＞

遺伝子検査（リアルタイムPCR）：

→リアルタイムPCRで陽性であれば、感染研へ検査依頼。