**（添付1）**

**サル痘患者（疑い患者等を含む） 調査票（案）**

**患者ID：**

**調査基本情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 調査担当保健所名： |  | 調査者氏名： |  |
| 調査日時：  | 　　　　年　　月　　日　　　　時 | 調査方法 ： | □面接 □電話 □その他( ) |
| 2 | 調査回答者：  | □本人 □本人以外→氏名（ ）　　　　　本人との関係（ ） |
| 調査回答者電話番号　自宅： | 　　　　－　　　　－　　　　 | 携帯： | 　　　　－　　　　－　　　　 |
| 3\* | 診断分類 （調査時）： | □患者（確定例）　□無症候性病原体保有者　□感染症死亡者の死体　□感染症死亡疑い者の死体□上記疑い患者（いわゆる届出上の疑似症ではない点に注意。届出項目には存在しない） |
| 4 | NESID ID：NESID登録後記入 |  | 5 | 患者居住地保健所名： |  |
| 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 | 届出受理自治体名： |  |
| 12 | 届出受理保健所名： |  | 13 | 届出受理担当者名： |  |
| 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 |

\*発生動向調査届出に記載のある内容

**患者基本情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18\* | 患者氏名： |  | 19\* | 性別：  | □男 □女　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 20\* | 生年月日：  | 　　　　年　　月　　　日（ 　歳 　　か月） |
|  | 国籍：　　日本 | 本　　・　　その他（　　　　　　　　） |
| 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： | 　□医療機関 □自宅 □勤務先・学校 □その他（ ） □不明 |
| 連絡先住所 |  |
| 電話番号： | 　　　　－　　　　－　　　　 |
| 24 | 職業\*・業種・学校（幼稚園・保育所等を含む）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）の緊急連絡先 |
| 氏名： |  | 本人との関係： |  |
| 住所： |  |
| 電話番号 自宅：  | 　　　　－　　　　－　　　　 | 携帯： | 　　　　－　　　　－　　　　 |
| 26 | 天然痘（痘そう）ワクチン接種歴 | □あり　□なし　□不明 | （ありの場合）　記録： | □あり　　□なし |
| メーカー種類： | □（　　　　　　　　　　　）　 □不明 | 接種日時（年齢）： | 　　　　年　　月　　日（　　　歳）　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 27 | 同居者 | □あり　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし　□不明 |
| ペット | □あり　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし　□不明 |

\*発生動向調査届出に記載のある内容

**患者基礎疾患・既往歴等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 28 | 身長： |  　　cm | 体重： |  　　kg | ありの場合 |
| 基礎疾患等（現在あるもの） |
| 妊娠： | □なし　□あり　□不明 | （妊娠 週） |
| HIV： | □なし　□あり　□不明 | （具体的な病名や薬剤等 ） |
| 免疫不全（免疫抑制剤使用など）： | □なし　□あり　□不明 | （具体的な病名や薬剤等 ） |
| 腎疾患： | □なし　□あり　□不明 | （具体的な病名 　　　　　　透析: 　あり　・　なし） |
| 血液疾患： | □なし　□あり　□不明 | （具体的な病名 ） |
| 悪性腫瘍（がん）： | □なし　□あり　□不明 | （具体的な病名 ） |
| その他（　　　　　　　）： | □なし　□あり　□不明 |  |
| 性感染症の既往歴 |
| 梅毒： | □なし　□あり　□不明 | （いつ頃：　　　　　　　　　　　） |
| 淋病： | □なし　□あり　□不明 | （いつ頃：　　　　　　　　　　　） |
| クラミジア： | □なし　□あり　□不明 | （いつ頃：　　　　　　　　　　　） |
| HBV感染症： | □なし　□あり　□不明 | （いつ頃：　　　　　　　　　　　） |
| HCV感染症： | □なし　□あり　□不明 | （いつ頃：　　　　　　　　　　　） |
| 性器ヘルペス： | □なし　□あり　□不明 | （いつ頃：　　　　　　　　　　　） |
| その他（　　　　　　　）： | □なし　□あり　□不明 | （いつ頃：　　　　　　　　　　　） |
| その他の既往： | □なし　□あり　□不明 | （具体的な病名：　　　　　　　　　　　　） |

**臨床所見および経過（感染可能期間の目安把握）**

|  |  |
| --- | --- |
| 29 | 聞き取り時点の症状の有無： |
| 発熱\*（目安37.5℃以上）： | 有（　 　℃）　・　無　・　不明 | 出現日： | 　　　年　　月　　日 |
| 発疹\*： | 有　・　無　・　不明 | 出現日： | 　　　年　　月　　日 | 痂疲の脱落\*\*： | 　　年　　月　　日 |
| リンパ節腫脹\*： | 有　・　無　・　不明 |
| 頭痛\*： | 有　・　無　・　不明 |
| 筋肉痛： | 有　・　無　・　不明 |
| 背部痛\*： | 有　・　無　・　不明 |
| 咽頭痛： | 有　・　無　・　不明 |
| 咳嗽： | 有　・　無　・　不明 |
| 倦怠感： | 有　・　無　・　不明 |
| その他 (　　　　) | 有　・　無　・　不明 |
| 28 | 発病日(いずれかの症状§の出現日）： | 　　　　年　　月　　日 |

\*感染症発生動向調査届出票に記載のある項目

\*\*発疹痂疲脱落の時期に感染性がなくなるとされる（発疹の様子を下段に記入）

§ 発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛、リンパ節腫脹、悪寒、易疲労感、皮疹（一般的に発熱後1-3日で出現）等

**発疹の出現から聞取り時点までの経過**

|  |  |
| --- | --- |
| 30 | 発疹の状態について（〇をつけてください） |
| 発疹が**初めに**現れた場所： 右選択もしくは下記図に記載 | 顔 ・ 頭部 ・　目・ 首 ・ 口、口唇（口腔内） ・ 体幹 ・ 腕 ・ 足 ・ 手掌 ・ 足底 ・ 性器 ・ 肛門周囲 ・ その他（ ） |
|  　年　　　　月　　　　日 出現 | 人体図 – 白黒線画】評価記録・カルテ用イラスト – リハイラスト | PT・OT・STニュース.blog：ptotstnews-blog.com |
| 発疹**出現場所（すべて）**：右選択もしくは下記図に記載 | 顔 ・ 頭部 ・　目・ 首 ・ 口、口唇（口腔内） ・ 体幹 ・ 腕 ・ 足 ・ 手掌 ・ 足底 ・ 性器 ・ 肛門周囲 ・ その他（ ） |
|  　年　　　　月　　　　日 出現おおよその皮疹の数□　25未満□　25－99□　100-499□　500以上 | 人体図 – 白黒線画】評価記録・カルテ用イラスト – リハイラスト | PT・OT・STニュース.blog：ptotstnews-blog.com |

**検査結果**

|  |  |
| --- | --- |
| 31 | サル痘ウイルスの検査  |
| 検体材料 | 検体採取日 | 結果 | 検査方法 | 検査施設 |
|  | 年　　月　　日 | 陰性・陽性・その他（ ） |  |  |
|  | 年　　月　　日 | 陰性・陽性・その他（ ） |  |  |
|  | 年　　月　　日 | 陰性・陽性・その他（ ） |  |  |
|  | 年　　月　　日 | 陰性・陽性・その他（ ） |  |  |
| ゲノム検査の実施： | 有　・　無 | ゲノム検査検体提出日： | 　　　　年　　月　　日 |
| 他の病原体検査状況・結果を記載： |

**行動歴（感染源の遡り）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 32 | 潜伏期間中（発症3週間前まで） の渡航歴や居住歴 | □あり （国名： ）□なし |
|  | →「あり」の場合は、下記に記入 |
| 〇渡航期間 〇渡航先の国や地域 〇発症後に公共交通機関を利用した場合、その交通機関や利用日の情報（例：〇〇航空△△便、ロンドン→成田、×月×日） |
| 33 | 潜伏期間中の発熱や発疹・水疱のある者との接触歴（同居や2ｍ以内での接触） | □あり □なし □不明 |
|  | →「あり」の場合は、下記に接触状況を記載 |
| 接触日： | 　　　　年　　月　　日 | 場所（国や地域、国内であれば自治体名）： |  |
| 接触した相手の症状 ： | 発熱　・　頭痛　・　リンパ節の腫れ　・　発疹　・　水疱（複数のみずぶくれ）　・　その他（ ） |
| 接触相手に考えられる診断名： |  |
| 接触日： | 　　　　年　　月　　日 | 場所（国や地域、国内であれば自治体名）： |  |
| 接触した相手の症状 ： | 発熱　・　頭痛　・　リンパ節の腫れ　・　発疹　・　水疱（複数のみずぶくれ）　・　その他（ ） |
| 接触相手に考えられる診断名： |  |
| 34 | 潜伏期間中の動物（げっ歯類）等との直接的な接触歴　（国内外問わず） | □あり □なし □不明 |
|  | →「あり」の場合は、下記に接触状況を記載 |
| 接触日： | 　　　　　年　　月　　日 | 接触場所： |  | 接触動物： |  |
| 接触の機会（世話をした、咬まれた、ひっかかれた等）： |  |
| 35 | 潜伏期間中（発症3週間前まで）の性交渉の状況： |
| 相手：　□同性　　□異性　　□両方 | パートナー：　□特定　□不特定多数（　　　　　　　　　　　　　） |
| 36 | 上記いずれかで「あり」の場合、潜伏期間中（発症3週間前まで）の行動（立ち寄った場所やそこでの接触状況などを具体的に） |
|  |

**行動歴（接触者調査）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 37 | 発症日当日以降適切な隔離までの同一世帯内での接触 | □あり　□なし　□不明 |
| 38 | 発症日当日以降適切な隔離までの医療機関における接触 | □あり　□なし　□不明 |
| 39 | 発症日当日以降適切な隔離までの不特定多数との性的接触 | □あり　□なし　□不明 |
| 40 | 発症日当日以降適切な隔離までのその他の接触 | □あり　□なし　□不明 |

→行動歴を以下の医療機関受診歴および次項の行動歴調査票に、それぞれの接触者について接触者リスト（添付２）に記入

**医療機関受診歴**（接触者を同定するために受診日と医療機関は必須。その他は一部医療機関に聴取することを想定）

|  |  |
| --- | --- |
| 41 | 受診歴・医療行為（診断前） |
| **日時** | **医療機関名** | 実施者氏名 | 医療行為等の内容（隔離、感染予防策の有無を明記） |
| 月　　日 |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |
| →接触者ありの場合は、詳細を接触者リストに記載 |
| 42 | 受診歴・医療行為（診断後） |
| 日時 | 医療機関名 | 実施者氏名 | 医療行為等の内容（隔離、感染予防策の有無を明記） |
| 月　　日 |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |
| →接触者ありの場合は、詳細を接触者リストに記入 |

**発症後行動歴および臨床症状**（行動歴は優先聞き取り項目）→接触者ありの場合は、詳細を接触者リスト（添付2）に記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 42 |  | 発症日当日以降、適切な隔離までの行動歴 | 臨床経過（最高体温以外は症状など該当する日に印を記載） |
| 日時 | 目的地やイベント\*の内容 | 公共交通機関\*\*の利用 | 体液の人への曝露（会食、性的接触など） | 入院日 | 最高体温（℃） | 発熱 | 発疹 | リンパ節腫脹 | 頭痛 | 背部痛 | その他（　 　） |
| 発症当日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後1日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後2日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後3日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後4日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後5日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後6日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後7日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後8日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後9日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後10日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後11日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発症後12日（　月　　日） | 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*　濃厚接触が生じるような場所やイベントを中心に

\*\*航空機等長時間の移動（8時間以上）

**(添付2)**

**接触者リスト（案）（世帯内)**

**患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |

**接触者リスト（別途健康チェック票 添付３により健康チェックを行う）**

|  |
| --- |
| **世帯内接触者** |
| 接触者番号 | リスク分類‡ | よみがな氏名 | 続柄（関係） | 年齢 | 性別 | 患者との最終接触日 | 重症化リスク¶ | 最終接触後21日以内の発症 | 連絡先（電話番号、メールアドレス等） | 備考（接触状況等） |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |

‡リスク分類についてはサル痘に対する積極的疫学調査実施要領（2ページ表1）参照

¶重症化リスク:乳幼児、妊娠、高齢者、免疫不全者（免疫抑制剤投与等含む）

**(添付2)**

**接触者リスト（案）(医療機関内)**

**患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ID：**

**医療機関名：**

　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 |

**接触者リスト（別途健康チェック票 添付３により健康チェックを行う）**

|  |
| --- |
| **医療関係者等** |
| 接触者番号 | リスク分類‡ | よみがな氏名 | 続柄（関係） | 年齢 | 性別 | 患者との最終接触日 | 重症化リスク¶ | 最終接触後21日以内の発症 | 連絡先（電話番号、メールアドレス等） | 備考（接触状況等） |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |

‡リスク分類についてはサル痘に対する積極的疫学調査実施要領（2ページ表1）参照

¶重症化リスク:乳幼児、妊娠、高齢者、免疫不全者（免疫抑制剤投与等含む）

 **(添付2)**

**接触者リスト（案）（その他）**

**患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |

**接触者リスト（別途健康チェック票 添付３により健康チェックを行う）**

|  |
| --- |
| **同居世帯・医療関係者以外の接触者** |
| 接触者番号 | リスク分類‡ | よみがな氏名 | 続柄（関係） | 年齢 | 性別 | 患者との最終接触日 | 重症化リスク¶ | 最終接触後21日以内の発症 | 連絡先（電話番号、メールアドレス等） | 備考（接触状況等） |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |
|  | 高・中・低 |  |  |  |  | 年 月 日 | 無・有 | 無・有 |  |  |

‡リスク分類についてはサル痘に対する積極的疫学調査実施要領（2ページ表1）参照

¶重症化リスク:乳幼児、妊娠、高齢者、免疫不全者（免疫抑制剤投与等含む）

**(添付3)**

サル痘患者の接触者における健康チェック票（案）（1枚目）

|  |
| --- |
| **対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。** |
| 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 | １日目 | ２日目 | ３日目 | ４日目 | ５日目 |
| （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） |
| 日付 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 最高体温 | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ |
| 発熱 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 発疹 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| リンパ節腫脹 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 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 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 背部痛 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 備考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

保健所名： 担当者名： 所在地： TEL： － － FAX： － －

Email ＠

**(添付3)**

サル痘患者の接触者における健康チェック票（案）（2枚目）

|  |
| --- |
| **対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。** |
| 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： |  |
|  | 6日目 | 7日目 | 8日目 | 9日目 | 10日目 | 11日目 |
| （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） |
| 日付 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 最高体温 | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ |
| 発熱 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 発疹 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| リンパ節腫脹 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 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 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 背部痛 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 備考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

保健所名： 担当者名： 所在地： TEL： － － FAX： － －

Email ＠

**(添付3)**

サル痘患者の接触者における健康チェック票（案）（3枚目）

|  |
| --- |
| **対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。** |
| 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： |  |
|  | 12日目 | １3日目 | 14日目 | 15日目 | 16日目 | 17日目 |
| （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） |
| 日付 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 最高体温 | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ |
| 発熱 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 発疹 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| リンパ節腫脹 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 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 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 背部痛 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |
| 備考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

保健所名： 担当者名： 所在地： TEL： － － FAX： － －

Email ＠

**(添付3)**

サル痘患者の接触者における健康チェック票（案）（4枚目）

|  |
| --- |
| **対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。** |
| 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： |  |
|  | 18日目 | 19日目 | 20日目 | 21日目 |  |  |
| （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） | （朝） | （夕） |  |  |  |  |
| 日付 | / | / | / | / | / | / | / | / |  |  |  |  |
| 最高体温 | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ | 　℃ |  |  | 　 |  |
| 発熱 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |  |  |  |  |
| 発疹 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |  |  |  |  |
| リンパ節腫脹 | 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 |  |  |  |  |
| 背部痛 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |  |  |  |  |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |  |  |  |  |
| その他（　　　　　） | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 |  |  |  |  |
| 備考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

保健所名： 担当者名： 所在地： TEL： － － FAX： － －

Email ＠