

麻疹調査票

(別紙4)

通報年月日 及び時刻	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分
受診機関 及び担当者	健康福祉センター 健康対策課

麻疹患者情報

年齢	歳 (ヶ月)	性別	男 ・ 女
住所	連絡先(電話番号):		
症状	発熱・咳・鼻汁・結膜充血・脂目・コプリック班・発疹・肺炎・中耳炎・腸炎・クループ・脳炎・その他()		
発症歴	発症日:平成 年 月 日 (入院:無・有〔平成 年 月 日〕) 診断日:平成 年 月 日 (診断・入院医療機関名:)		
行動歴 ※1			
予防接種歴	有 (年 月) ・ 無 ・ 不明		
麻疹罹患歴	有 (年 月) ・ 無 ・ 不明		
通勤、通学、集団施設などの利用歴 有り・無し	施設の名称: ----- 施設の所在地: 連絡先(電話番号):		
当該施設の麻疹患者発生状況			

家族の健康状態等		家族構成 (名)		
続柄	麻疹罹患状況	通勤又は通学先名称 (所在地) ※2	予防接種歴 ※2	麻疹罹患歴 ※2

(備考)

※1 潜伏期間を考慮し、発症前10日程度以降の調査に努めることとする。

※2 麻疹発症が確認された場合に限る。