**鳥インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１）接触者調査票（接触者モニタリング用紙）**

添　付　１

1.調査担当保健所　　　　　　　　　　　　　　　　調査者氏名　　　　　　　　　　　　　　　調査年月日

|  |  |
| --- | --- |
| 2.接触者番号： | |
| 3.接触患者発生届受理番号： | 4.患者居住地保健所： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **接触者詳細** | | | 5.居住地保健所： | |
| 6.氏名： | | | | |
| 7.住所： | | | | |
| 8.電話番号： | | | | |
| 9.職業（仕事先）： | | | | |
| 10.生年月日： | 11.年齢： | | | 12.性別： |
| 13.**同居人の状況** | | | | |
| 氏名①　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  氏名②　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  氏名③　　　　　　　　　　　　　　　（続柄） | | 氏名④　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  氏名⑤　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  氏名⑥　　　　　　　　　　　　　　　（続柄） | | |

|  |
| --- |
| 14．**患者との接触状況（調査日から１０日前まで）**日付および場所、接触内容を記載する |
| 15.患者との最終接触日時：　　　　　　年　　　月　　　日　　　時頃 |
| 16.　感染防護有り　　　　←該当する場合は☑する |

**接触者の調査時の状態**（17.調査日時　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　時）

|  |
| --- |
| 18．発熱　有：　（発熱　　　　℃）　・　無  19．呼吸器症状　　有： 咽頭痛　・　咳嗽 ・ 呼吸困難 ・ 低酸素血症 ・ その他（　　　　　　　　　　　　）　無  21．消化器症状　　有：　下痢　・　嘔吐　・　腹痛　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）　無 |
| 20.発熱・呼吸器症状以外の症状　　有： 頭痛 ・ 筋肉痛 ・ 関節痛　・　全身倦怠感  その他の症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　無 |
| 検査所見：血算（　　月　　日）：　白血球数　　　　　赤血球数　　　　　　血小板数 　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  インフルエンザ抗原検査（　　月　　日）：　陽性（　A型　・　B型　・　AB不明　）　　・　　陰性　　・未実施  胸部X線（　　月　　日）：　《所見》  ウイルス分離・同定（　　月　　日）（検体材料：　　　　　　　　　　）　：　陽性（亜型：　　　　　　）　・　陰性　・　検査中  RT-PCR検査（　　月　　日）：　陽性（亜型：　　　　　　　）　・　陰性　・　検査中　・未実施  血清抗体価（　　月　　日）検査法（　　　　　　）　（亜型：　　　　）：　抗体価（　　　　　）倍　・　検査中　・　未実施 |

§太枠内は必須。検査所見に関しては、判っていれば記載のこと

接触者氏名

**接 触 者 モ ニ タ リ ン グ**

患者との最終接触日時：　　　　年　　　月　　　日　　　　時頃

連絡先　TEL 担当者名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日 | 最終接触より | 連絡手段 | 体温（℃） | 呼吸器症状の有無 | 呼吸器以外の症状 | 確認者 |
| / | ０日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | １日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ２日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ３日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ４日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ５日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ６日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ７日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ８日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | ９日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
| / | 10日 |  | 朝 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |
|  | 夕 | 無・咳・痰・呼吸困難・他（　　　　　） | 無・下痢・嘔吐・倦怠感・他（　　　　　） |  |