

(別紙2(裏))

[保健所等記載欄] (主治医記載可)

発生の状況	・散発 ・地域流行 ・家庭内発生 (無 , 有) ・集団発生 (無 , 有) ・発生市町 () 有の場合 (保育所, 幼稚園, 小学校, 中学校, 高校, 大学, 宿舎・寮, 病院 老人ホーム(介護施設含む), 福祉・養護施設, 旅館・ホテル, 飲食店, 事業所 海外ツアー, 国内ツアー, その他 _____)		
最近の海外渡航歴	国名		
	期間	年 月 日 ~	年 月 日
ワクチン接種歴	(無 ・ 有 ・ 不明)		接種年月日 年 月 日
	ワクチン名		
入院	有 ・ 無	服薬等の履歴	有 ・ 無

[三重県保健環境研究所記載欄]

記載者名	
検査年月日 (結果判明日)	年 月 日
抗体検査 方法	(蛍光, IP, ELISA, CF, HI, PA, 中和, イムノブロット, ゲル内沈降, 凝集反応, その他 _____)
結果	(_____)
病原体等 検査方法	・分離培養 (培養細胞:細胞名 [_____]) 人工培地, 発育鶏卵, 動物, その他 _____)
	・抗原検出等:
	・遺伝子検出:
	・電顕 ・鏡検
検査結果 (検出病原体等) (群, 型, 亜型)	

[その他特記事項]

--

注1) 主治医記載欄については, 検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注2) ワクチン接種歴については, 当該疾患に係るものにつき記載してください。

注3) 2類, 3類感染症について医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は, 可能な範囲で三重県保健環境研究所への分離株の送付をお願いします。