

医療機関名： 依頼者： FAX 番号： e-mail：		患者 ID： 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢： 歳
検査希望項目 <input type="checkbox"/> ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 抗体検査		発病日 (MM/DD/YYYY) _____ / _____ / _____ 臨床診断名； _____
検査対象項目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> デング熱 <input type="checkbox"/> 黄熱 <input type="checkbox"/> ウエストナイル熱・脳炎 <input type="checkbox"/> チクングニヤ熱 <input type="checkbox"/> ジカ熱		外注検査依頼 (感染症) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検体の由来 <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> 動物
検体採取日 ____年 ____月 ____日 採血日体温 _____℃	検体の種類 <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 唾液	検査データ(病初期、現在) ____月 ____日 ____月 ____日
検体情報 (採取日) 複数検体の場合 <input type="checkbox"/> 急性期 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 回復期 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S3 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S4 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> S5 ____月 ____日	予防接種歴 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 有 (____年) <input type="checkbox"/> 無 黄熱 <input type="checkbox"/> 有 (____年) <input type="checkbox"/> 無 その他；	<ul style="list-style-type: none"> • RBC _____ • WBC _____ • platelet _____ • CRP _____ • GOT(AST) _____ • GPT(ALT) _____ • 髄液細胞数 _____
症状・徴候		
1. 発熱 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 体温 (_____℃) 発熱日 (____月 ____日) 持続期間 (____日) <input type="checkbox"/> 発熱中 <input type="checkbox"/> 解熱日 (____月 ____日) 2. 皮膚・関節症状 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 出血斑 <input type="checkbox"/> 水泡疹 <input type="checkbox"/> 紅斑 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 3. 消化器症状 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 悪心 4. 中枢神経症状 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 髄膜炎症状 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 昏睡状態 (レベル _____) 5. 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 肺炎症状 6. その他の症状 <input type="checkbox"/> 後眼窩痛 ----- ----- -----	旅行歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (渡航先；国名 _____) 旅行行程 (国名：都市・地域名) ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： ____月 ____日～ ____月 ____日： その他特記すべき旅行中のエピソード ----- ----- ----- <input type="checkbox"/> 動物との接触があった。 <input type="checkbox"/> 蚊に刺された。 <input type="checkbox"/> ダニ・ノミに刺された。 <input type="checkbox"/> なにか分からないが虫に刺された。 居住地 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 海外 (国名 _____)	

上記に記入し Fax にて送信願います。国立感染症研究所ウイルス第一部第2室 林 昌宏宛
〒162-8640 東京都新宿区戸山 1-23-1

FAX(03)5285-1188, TEL(03)5285-1111(代表)、(03)5285-1188(ダイヤルイン)