

送信先: 尼崎市保健所 保健企画課 FAX: 06 - 4869 - 3049、TEL: 06 - 4869 - 3010

B) インフルエンザ様症状を呈する患者であって入院を要する者を確認した場合に、必要事項を記入のうえ、FAXお願いいたします。

新型インフルエンザ様症状者のサーベイランス報告

通報日 平成 年 月 日

病名	インフルエンザ様疾患		
医療機関名		医師名	
所在地		電話 FAX	

B) インフルエンザ様症状を呈する患者であって入院を要する者を確認した場合

氏名	(歳) 男 ・ 女
住所	
診断名・基礎疾患等	
季節性インフルエンザワクチン接種	有 (接種日 年 月) ・ 無
新型インフルエンザワクチン接種	有 (接種日 年 月) ・ 無
海外渡航歴	有 (渡航先) ・ 無
インフルエンザ簡易検査結果	A型 ・ B型
PCR検体採取年月日	平成 年 月 日
入院日	平成 年 月 日
入院理由	新型インフルエンザの重症化 ・ 主に基礎疾患等の治療 ・ その他
臨床症状	発熱 ・ 鼻汁 ・ 咳 ・ その他()
治療方法(インフルエンザに対して)	タミフル ・ リレンザ ・ その他
入院時の急性脳症の有無	有 ・ 無
集中治療室入院の有無	有 ・ 無
入院中の人工呼吸器利用の有無	有 ・ 無
酸素投与の有無	有 ・ 無
転帰	軽快 ・ 治癒退院 ・ 死亡退院
退院日	平成 年 月 日

インフルエンザ様症状とは、38度以上の発熱かつ急性呼吸器症状

急性呼吸器症状とは少なくとも以下の1つ以上の症状を呈した場合をいう

ア) 鼻汁もしくは鼻閉 イ) 咽頭痛 ウ) 咳