

ダニ媒介感染症検査票

患者	氏名		性別	男・女
	年齢	歳 ヶ月	職業	
	住所			

【主治医等記載欄】

医療機関名 及び 主治医等医師名				
疑われる疾患 (検査依頼項目)	ライム病・新興回帰熱・ダニ媒介脳炎・SFTS その他(→事前に要相談)			
推定感染日/地域	年 月 日・不明 / 地域:			
発症日	年 月 日・不明			
検体	検体採取日	年 月 日		
	検体送付日	年 月 日		
	検体の種類	全血・血清・髄液・皮膚片・ダニ その他()		

ダニの刺咬	有・無・不明			
日時/状況	年 月 日・不明 / 状況:			
除去	年 月 日・不明			

症状	・ 無症状			
	・ 発熱 (最高 °C、回帰性: 有・無)	・ 頭痛		
	・ 遊走性紅斑・皮疹	・ 関節痛・筋肉痛・倦怠感		
	・ 髄膜炎・意識障害・麻痺(部位)	・ 痙攣		
	・ 中枢神経症状(脳炎・脳症・脊髄炎・その他())			
	・ 消化器症状(下痢・嘔吐・下血・その他())			
	・ リンパ節腫脹・皮下出血			
	・ その他()			
	CRP	正常・異常 (数値:)		
	肝機能	正常・異常 (数値:AST ALT)		

血小板	正常・異常 (数値:)		
白血球	正常・異常 (数値:)		
好中球	正常・異常 (数値:)		
その他			

治療	抗生物質投与	有・無 ・ テトラサイクリン系() ・ その他()		
----	--------	-----------------------------------	--	--

基礎疾患	有・無 / 病名:			
------	-----------	--	--	--

転帰	経過観察中・軽快・治癒・後遺症有り 入院中・退院済・死亡(原因:)			
----	---------------------------------------	--	--	--

主治医等から道立衛生研究所への連絡事項

- * 検査をご依頼の際、この検査票を検体に添付してください
- * 採血管は抗凝固剤を含まないものを使用してください
- * カテゴリーBに準じた梱包をし、ゆうパック<チルド便>で送付してください

【保健所記載欄 *主治医記載可】

担当保健所	保健所			
生活習慣 等	*ダニ刺咬に関連しそうな情報があれば記入			
<現在の> ペットの飼育状況	有・無	種類	イヌ・ネコ・その他()	
<直近の> 野生動物との接触	有・無・不明	種類	年 月 日頃	
<直近の> 海外渡航歴	国名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
<直近の> 道外旅行・滞在歴	地域	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
ワクチン接種歴	有・無・不明 / 最終接種: 年 月 日頃 ・日本脳炎ワクチン・黄熱ワクチン ・その他()			

【その他 特記事項】

【道立衛生研究所記入欄】

検体到着日	年 月 日			
検体No.	L-			

道衛研検査担当 (検体送付・問い合わせ先)	ライム病・新興回帰熱: 感染症部医動物G TEL:011-747-2768			
	ダニ媒介脳炎・SFTS: 感染症部ウイルスG TEL:011-747-2764			