

ダニ媒介感染症検査票

2026.4.1改訂版

患者	氏名		性別	男・女
	年齢	歳 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	血液(全血)・血清・髄液・皮膚片・尿・ダニ その他()	
ダニの刺咬	有(刺咬部位:)・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	異常値を示す項目()	
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
- * 残余検体の研究利用に対する同意書の取得・添付にご協力をお願いします
- * 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・ダニ媒介脳炎ワクチン ・デング熱ワクチン・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