

ダニ媒介感染症検査票

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	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	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