

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 - 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) - 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
	* ダニ刺咬に関連しそうな情報があれば記入
生活習慣 等	
<現在の>	有・無
ペットの飼育状況	種類 イヌ・ネコ・その他()
<直近の>	有・無・不明
野生動物との接触	種類 年 月 日頃
<直近の>	国名
海外渡航歴	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
<直近の>	地域
道外旅行・滞在歴	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