

麻疹（はしか）・風しん感染者（感染の疑いも含む。）にかかる報告書

記入日 平成 年 月 日

○感染者氏名 [] ○性別（男・女）

○感染者生年月日（ 年 月 日 歳）

○職種等（学生の場合は学年）

以下の事項について報告してください。

1. 37.5℃以上の発熱（あり、なし、わからない）

ありの場合、最高体温は何℃でしたか。（最高体温 ℃）

ありの場合：いつから（最初に熱が出た日）、いつまで出ましたか？

発熱日（ 月 日） 解熱日（ 月 日）・発熱が続いている

2. 発疹（体にぶつぶつ）（あり、なし、わからない）

ありの場合、どこに出ましたか？（頭部、顔、体、手足、その他_____）

ありの場合、いつからいつまで出ましたか？（ 月 日）

発疹はその後どうなりましたか？（どうなっていますか？）

全身に広がっている。

全身に広がった後、黒ずんで残った。

淡く全身に広がり、解熱とともに消失した。

細かい発疹のままが続き、解熱とともに赤みが消失し、皮膚の硬さが残った。

一日ほど出ていたが、翌日には消えていた。

その他

3. 咳（あり、なし）

ありの場合、いつからいつまで出ましたか？

始まった日（ 月 日） なくなった日（ 月 日）

4. 鼻水（あり、なし）

ありの場合、いつからいつまで出ましたか？

始まった日（ 月 日） なくなった日（ 月 日）

5. 目の充血（目が赤くなる）（あり、なし、わからない）

ありの場合、いつからいつまで出ましたか？

始まった日（ 月 日） なくなった日（ 月 日）

6. 医療機関を受診しましたか (はい、いいえ)

はいの場合、いつ(医療機関にいた時間:何時から何時まで)、どこで受診しましたか?わかる範囲ですべてお答えください。

(医療機関名: 主治医名:)日時(月 日 時頃～ 時頃)

(医療機関名: 主治医名:)日時(月 日 時頃～ 時頃)

(医療機関名: 主治医名:)日時(月 日 時頃～ 時頃)

はいの場合、診断名は(麻疹(はしか)、風疹(3日はしか)、溶連菌感染症、その他)

7. 「麻疹(はしか)」と診断された場合、以下の病気を同時に起こしていると言われましたか。

はいの場合(肺炎、気管支炎、中耳炎、腸炎、脳炎、その他)複数回答可

いいえ

8. 過去に麻疹(はしか)に罹患したことはありますか。(ある、ない)

9. 過去に麻疹(はしか)ワクチンあるいはMMRワクチン(H元年～H5年)、MRワクチンの接種を受けましたか。(はい、いいえ、わからない)

接種を受けた場合、ワクチンの種類はどれですか?(はしか、MMR, MR)

その日付はいつですか?(昭・平: 年 月 日:日付不詳)

10. 発症(発熱または発疹)当初の3日前から現在(報告時)までの期間についての本人の行動範囲について、日時・場所等の情報も含めて時系列で具体的に記入してください。

(例:○月○日○時、○○の授業に出席した。○月○日○時頃から○時頃まで○○で友人と食事した。○月○日○時豊中発の学内連絡バスに乗車した。等々)

(※別紙に記入してください。様式は任意です。)

11. その他、麻疹(はしか)感染防止対策に参考になると思われる情報

感染リスク情報者の特定等

【提出先】

大阪大学医学系研究科総務課 連合小児発達学研究所担当

Email: office@ugsd.osaka-u.ac.jp

TEL: 06-6879-3026, FAX: 06-6879-3347