

第1号様式

①医療機関→健康安全研究所

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（試験検査依頼書）

定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。
 ・急性呼吸器感染症定点 ・小児科定点 ・眼科定点
 ・性感染症定点 ・基幹定点 ・疑似症定点

依頼者 区役所（感染症対策課分）		第 号	
医療機関名 (宛先) 川崎市長 次の試験検査を依頼します。 〔主治医等記載欄〕		※ 処 理 欄	
診断名		年 月 日交付	
検体送付日		担任	係長 副所長
発病日		担任	合議 係長
採取日		担任	係長 課長 所長
検査材料 材料の種類 〔該当する ものを一つを ○で囲んで ください。〕		入院・外来の別（入院・外来）	
臨床的事項 臨床症状・ 徴候等 〔該当する ものを全てを ○で囲んで ください。〕 (基礎疾患 を除く。)		性別	男 ・ 女
基礎疾患		年齢	歳 か月
転帰		氏名 ^{注1)}	検体 No.
		住所 ^{注1)}	

〔主治医等記載欄〕	
発生の状況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生（無・有） ・集団発生（無・有） ・発生市区町村（ ） 有の場合（保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舎・寮、 病院、老人ホーム〔介護施設を含む〕、福祉・養護施設、 旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、国内ツアー、 その他〔 ）
最近の海外渡航歴	無、有（国名： ）、不明 期間 年 月 日～ 年 月 日
ワクチン接種歴	（無、有、不明） 最終接種年月日 年 月 日 ワクチン名 (Lot No.)
インフルエンザ迅速キット使用	（無、有：メーカー名【 】）結果（陰性、陽性、判定保留）
抗インフルエンザ薬投与	（無、有：薬剤名【 】）投与開始日 月 日（予防投与、治療投与） 投与終了日 月 日
主治医等から川崎市健康安全研究所への連絡事項	

〔健康安全研究所記載欄〕	
記載者名	
抗体検出 方法	（蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノプロット、 ゲル内沈降、凝集反応、その他〔 ）
抗体検出 結果	（ ）
検出年月日	年 月 日 ※陰性・不検出の場合は判定日
検出方法	・分離培養（細胞培養：細胞名〔 〕、 人工培地、発育鶏卵、動物、その他〔 〕） ・抗原検出（蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC〔イムノクロマト〕、 その他〔 〕） ・遺伝子検出 1 非増幅（ハイブリ、PAGE、その他〔 〕） 2 増幅（PCR、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、 リアルタイムPCR、LAMP、その他〔 〕） ・電顕 ・鏡検
検出病原体 （群、型、亜型）	

〔健康安全研究所手数料記載欄〕	
<input type="checkbox"/> 感染症対策事業費	円× 件、 円× 件
<input type="checkbox"/> 発生動向調査事業費	円× 件
<input type="checkbox"/> 発生動向調査事業費（細菌）	円× 件

この用紙は4枚複写となっています。4枚複写のまま検体とともに提出してください。

注1) 患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づく一類感染症、二類感染症、三類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。

注2) 主治医等記載欄については、検体送付日において可能な範囲で記載をお願いします。

注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載してください。

注4) 医療機関（民間検査所を含む）で病原体を分離した場合は、可能な範囲で川崎市健康安全研究所への分離株の送付をお願いします。

注5) 全自動遺伝子解析装置等を設置しており、同装置にて検査を行った場合は、得られた結果を「主治医等から川崎市健康安全研究所への連絡事項」に記載をお願いします。

_____区役所衛生課宛て

感染症発生動向調査(小児科定点)

調査期間 年 月 日 ~ 月 日

医療機関名 _____

		0~5 カ月	6~11 カ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10~14	15~19	20歳 以上	合計
RSウイルス感染症	男															
	女															
咽頭結膜熱	男															
	女															
A群溶血性レンサ 球菌咽頭炎	男															
	女															
感染性胃腸炎	男															
	女															
水痘	男															
	女															
手足口病	男															
	女															
伝染性紅斑	男															
	女															
突発性発しん	男															
	女															
ヘルパンギーナ	男															
	女															
流行性耳下腺炎	男															
	女															

*感染性胃腸炎については、原因の如何に関わらず届出基準に合致する患者を診断し、又は死体を検案した場合に届出を行うこと。

感染症発生動向調査（基幹定点）

調査期間 _____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日

医療機関名： _____

I D番号	性	年 齢 (0歳は月 齢)	疾 病 名*	病原体名称 (検査結果)	病 原 体 検 査		ロタウイルスワクチン	
					左記の結果を得た 病原体検査方法**	検体名	接種歴	最終接種年月日 (メーカー)
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		有 (回) 無 ・ 不明	()
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		有 (回) 無 ・ 不明	()
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		有 (回) 無 ・ 不明	()
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		有 (回) 無 ・ 不明	()

※ 感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）の患者を診察された場合については、右欄にあります **ロタウイルス** に関するワクチン接種歴の記載について御協力をお願いします。
なお、必要に応じて詳細を問い合わせさせていただくこともありますので御了承ください。

* 疾病名

- 1：細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。）
- 2：無菌性髄膜炎（真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む。）
- 3：マイコプラズマ肺炎
- 4：クラミジア肺炎（全数届出疾患のオウム病を除く。）
- 5：感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）

** 病原体検査方法

- 1：分離・同定
- 2：抗原検出
- 3：核酸検出（PCR・LAMP等）
- 4：塗抹検鏡
- 5：電顕
- 6：抗体検出
- 7：その他

< 記載上の注意 >

- ・細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎：病原体が判明している場合は、その病原体名（複数検出された場合は、主要なもの **一種のみ記載**）、その結果を得た病原体検査方法（複数の場合は、最も根拠となった方法一つを選択）及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名称欄に“検出せず”と記載してください（病原体検査欄の記載は不要）。
- ・マイコプラズマ肺炎：病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *M. pneumoniae* と記載の上、病原体検査方法（1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名を記載してください。
- ・クラミジア肺炎：病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *C. pneumoniae*、*C. trachomatis* を記載の上、病原体検査方法（1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名を記載してください。
- ・感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）：病原体検査診断が必須。病原体名称欄にロタウイルスと記載の上、病原体検査方法（1、2、3、7のいずれか、複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名（便）を記載して下さい。

インフルエンザによる入院患者の報告

※ありの場合には、第6-2号様式の提出もお願いします。

インフルエンザに罹患し、入院した患者（院内感染を含む）

あり※

なし

感染症発生動向調査(基幹定点) (インフルエンザによる入院患者の報告)

調査期間 _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	入院時の対応					備考	
			ICU入室	人工呼吸器 の利用	頭部CT検査 (予定含む)	頭部MRI検査 (予定含む)	脳波検査 (予定含む)		いずれにも 該当せず
1	男・女								
2	男・女								
3	男・女								
4	男・女								
5	男・女								
6	男・女								
7	男・女								
8	男・女								
9	男・女								
10	男・女								
11	男・女								
12	男・女								
13	男・女								
14	男・女								
15	男・女								

<記載上の留意>

- インフルエンザに罹患し、入院した患者(院内感染を含む)を報告してください
- 入院時の患者対応については、該当する項目欄の全てに○を記入してください

感染症発生動向調査(基幹定点) (COVID-19による入院患者の報告)

COVID-19による入院患者がいない場合でも、0報告であげてください。

調査期間 _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	入院時の対応			備考
			ICU入室	人工呼吸器 の利用	いずれにも 該当せず	
1	男・女					
2	男・女					
3	男・女					
4	男・女					
5	男・女					
6	男・女					
7	男・女					
8	男・女					
9	男・女					
10	男・女					
11	男・女					
12	男・女					
13	男・女					
14	男・女					
15	男・女					

<p><記載上の留意></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19と診断した患者のうち、新規に入院をした患者(院内感染を含む)を報告してください ○ 入院時の患者対応については、該当する項目欄のすべてに○を記入してください ○ ICU入室とは、「特定集中治療管理料」「救命救急入院料」を算定した場合に限る ○ 人工呼吸器の利用とは、気管挿管による人工呼吸器の利用、またはECMOを使用した場合に限る

感染症発生動向調査（基幹定点）

調査期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

医療機関名： _____

ID 番号	性	年齢 (0歳は月齢)	疾 病 名*	検体採取部位**
1			1 2	
2			1 2	
3			1 2	
4			1 2	
5			1 2	
6			1 2	
7			1 2	
8			1 2	
9			1 2	
10			1 2	

* 疾病名 （番号を○で囲む）
 1：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
 2：ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

** 検体採取部位
 複数部位から検出された場合は、
 最も重要と考えられる1ヵ所のみを記載。

学校番号:

学校分類:

教育委員会事務局学校教育部
健康教育課長 様

川 崎 市 _____ 区

学 校 名 :

学 校 長 名 :

学校感染症等による出席停止報告

年 月分

	1	2	3	4	5	6	合計
百日咳							
インフルエンザ							
麻疹							
流行性耳下腺炎							
水痘							
風疹							
流行性角結膜炎							
急性出血性結膜炎							
咽頭結膜熱							
髄膜炎菌性髄膜炎							
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 (溶連菌感染症)							
新型コロナウイルス感染症							
その他()							
その他()							
計	0	0	0	0	0	0	0

<摘要>