

健康危機(ウエストナイル熱)患者速報

No. - -

第一報受理日時 平成 年 月 日 時 分頃
 通報者氏名()
 通報者連絡先等(tel)

保健所名及び受理者名

患者氏名 及び職業等	職業・勤務先		
年 齢	生年月日 歳	性 別	男 女
住 所	連絡先 携帯電話・勤務先電話		
現在の医療機関	入院中 医療機関名 通院中 担当医師名 tel 受診していない		
病名判明 の有無	判明 (病名 菌名 毒素名) (判明日時: 月 日 時頃) 未判明 (疑)		
発症日時	発症(年月日時頃) 非発	発生場所	
初発症状	発熱(無、有) 頭痛 筋肉通(日 時頃から) 発疹 消化器症状() その他()		
現在の症状			
同一家族等のグループでの他の発症者の有無	有(人中 人) 無		
概 要	蚊に刺された場所 (日 時頃)		
	その他特記事項		
日本脳炎ワクチン接種歴	有 無		
潜伏期間中の献血歴	有 無		

以下については、情報が第一報で入手できた場合のみ記入

最近1ヶ月以内の海外渡航歴			
有(国・地域名: 無	渡航期間: 月 日~ 月 日) 同行者		
蚊に刺されたと思われる場所			
・ 月 日 時頃 (場所名:)			
・ 月 日 時頃 (場所名:)			
・ 月 日 時頃 (場所名:)			
普段の立ち寄り場所			
・ 場所名()	・ 場所店名()		
・ 場所名()	・ 場所店名()		