

中東呼吸器症候群（MERS）疑い例 連絡票 ver.8〔暫定版〕

（東京感染症アラート検査対象患者 発生届）

（平成27年9月18日暫定版）

中東呼吸器症候群：病原体がベータコロナウイルス属
MERSコロナウイルスであるものに限る。

受理年月日：平成 年 月 日

担当医師名：

病院・診療所等施設名：

上記施設の所在地・電話番号：

1 患者の属性

氏名（イニシャル）		年齢		性別	
居住地（区市町村）		職業		国籍	
初診日	年 月 日	入院日	年 月 日	／外来のみ	

2 報告及び検査要件（あてはまる項目にチェック）以下のア、イ又はウに該当する者

ア 以下①②③④の全てに該当 * 対象地域：アラビア半島又はその周辺諸国（WHO又は厚生労働省HP等を参照）

<input type="checkbox"/>	① 38度以上の発熱を呈する
<input type="checkbox"/>	② 咳を伴う急性呼吸器症状を呈する
<input type="checkbox"/>	③ 臨床的又は放射線学的に実質性肺病変（例：肺炎又はARDS）が疑われる
<input type="checkbox"/>	④ 発症前14日以内に対象地域（*）に渡航又は居住していた

イ 以下①②の全てに該当 * 対象地域：アラビア半島又はその周辺諸国（WHO又は厚生労働省HP等を参照）

<input type="checkbox"/>	① 発熱を伴う急性呼吸器症状を呈する（軽症の場合を含む）
<input type="checkbox"/>	② 発症前14日以内に対象地域（*）において、医療機関を受診又は訪問した、MERS確定例との接触歴がある又はラクダとの濃厚接触歴（例：未殺菌乳の喫食）がある

ウ 以下①②の全てに該当

<input type="checkbox"/>	① 発熱又は急性呼吸器症状を呈する（軽症の場合を含む）
<input type="checkbox"/>	② 発症前14日以内に、対象地域か否かを問わず、MERS疑い患者を診察、看護もしくは介護していた、MERS疑い患者と同居（当該患者が入院する病室又は病棟に滞在した場合を含む。）していた又はMERS疑い患者の気道分泌液又は体液等に直接接触した

※ ア、イ、ウともに、他の感染症によること又は他の病因が明らかな場合を除く

※ アラビア半島又はその周辺諸国：アラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア、ヨルダン（2015年6月12日現在）

3 患者の渡航歴・経過等

渡航歴	・ 渡航先（国名： ）（都市名・地域名： ） ・ 渡航期間（ 年 月 日～ 年 月 日 ） ・ 同行者の有無（有・無）〔同行者： 名、家族・同僚・その他〕
現地医療機関の受診等	医療機関の受診・訪問：〔有・無〕 時期：〔 年 月 日頃〕 医療機関名：（ ） 所在地（都市名・地域名： ）
接触歴	接触歴：〔有（確定患者・疑い患者・ラクダ）・無・不明〕 接触場所：〔医療機関・その他（ ）〕 接触状況：〔直接接触・近接（ m程度）〕 時期：〔 年 月 日頃〕 〔診察・看護・介護・同居・同室や同病棟に入院・気道分泌液・体液・喫食等〕 （具体的に： ） 対象の状況：〔死亡（死骸）・病変あり・その他（ ）〕
症状等	発症時期：〔 年 月 日〕 発熱最高：〔 ℃〕 呼吸器症状：〔咳、呼吸困難、その他（ ）〕 消化器症状・その他：〔腹痛・下痢・その他（ ）〕 その他経過： 胸部X-p所見：〔 〕 インフルエンザ迅速診断キット：〔A型陽性・B型陽性・陰性：未実施〕 他の感染症等の検査：〔 〕 基礎疾患：〔なし・あり（ ）〕

4 保健所記載欄（①②③は検査実施の場合に記載）

保健所名	担当者（ ）
連絡先	
① K-net 番号	
② 健康安全研究センターへの検体搬入予定時刻	月 日 時 分頃
③ 検体の種類	咽頭ぬぐい液 ・ その他（ ）