

新型インフルエンザ相談票

受付 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分

患者氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日・年齢 _____ () 歳

相談者氏名 _____ 患者との続柄 _____

相談者住所 _____ 区 _____ 相談者電話 _____

渡航歴 ・あり ・なし
いつから、いつまで：
滞在国：蔓延国〔メキシコ ・ 米国（ハワイ・グアム除く） ・ カナダ 〕
その他の国（ _____ ）
国内流行地：兵庫県、大阪府
その他の都道府県（ _____ ）

接触歴 ・あり ・なし
いつ：
どこで：
接触時間と距離：

自覚症状 ・あり ・なし
・38度以上の発熱
・または急性呼吸器症状（2つ以上）：
・鼻汁もしくは鼻閉
・咽頭痛
・咳そう
・発熱または、熱感や悪寒
・その他（ _____ ）
・症状の出現時期：

相談内容 [症状 ・ 医療機関 ・ 治療 ・ 予防 ・ 渡航 ・ 豚肉等 ・ その他]

対応：新型インフルエンザの可能性 ・なし ・あり→ 紹介医療機関（ _____ ）
受診の必要性 ・なし ・あり→ 紹介医療機関（ _____ ）
経過観察の必要性 ・なし ・あり

受理者（ _____ ）