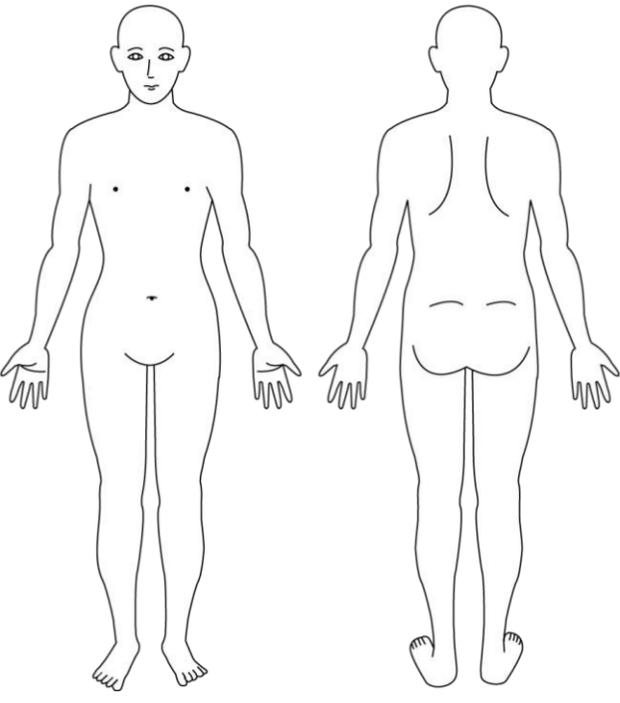
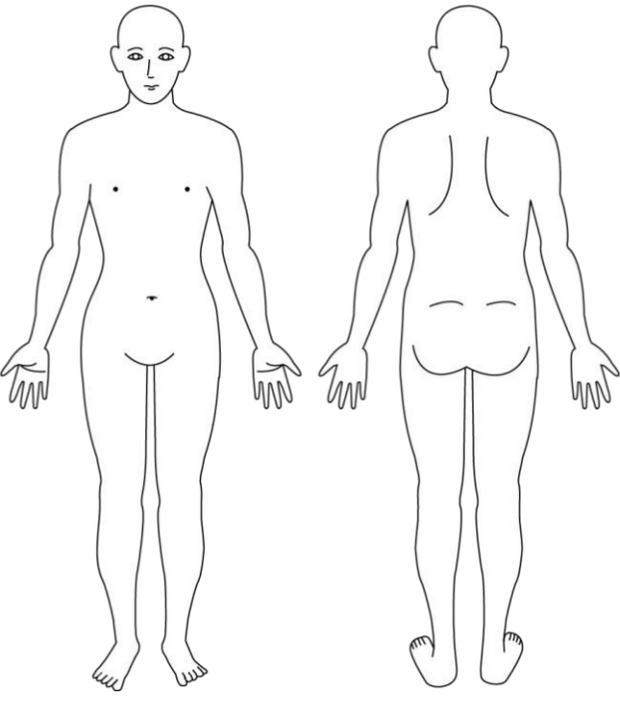
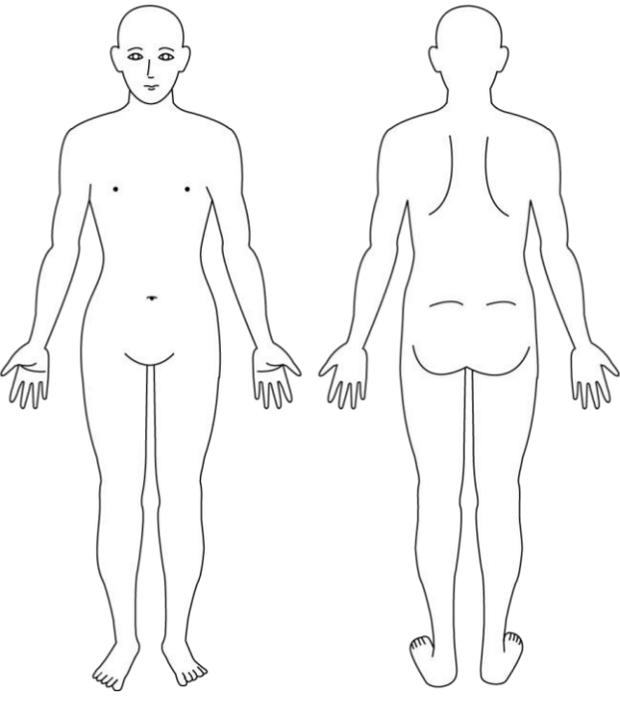


つつが虫病等患者調査票

本調査票へ患者情報の記載を宜しくお願い致します。

- 選択箇所は丸で囲んで下さい。
- 別途、血液、生化学、尿検査等で炎症所見の分かる検査データ添付お願い致します。

年 月 日

医療機関名 (診療科)	(科)				担当医師名							
患者	氏名・性別		男・女	年齢		職業						
	住所											
	発病日	年 月 日										
感染状況	感染推定日	年 月 日										
	感染地域	市・町・村										
	感染場所	地形	山地・平地・河川敷・海岸・その他 ()									
		現況	林・田畑・果樹園・牧場・住宅地・公園・その他 ()									
作業内容	森林作業・農作業・工事・レジャー・山菜山芋等採取・その他 ()											
臨床所見	刺し口	有 ・ 無		刺し口の部位 (○印で記入) 								
		部位	頭・顔・頸・肩(右・左) 腋窩(右・左)・手(右・左)・胸 腹・背・臀部・足(右・左)・陰部 その他 ()									
		状態	水疱・潰瘍・痂皮									
	発熱	有 ・ 無						最高体温	℃			
		日数	日間 (月 日~)									
	発疹	有 ・ 無										
		部位	全身・顔・頸・胸・腹・背・腕 手・足・その他 ()									
	リンパ節腫脹	有 ・ 無										
部位		右頸部・左頸部・右腋窩・左腋窩 右鼠径・左鼠径										
その他	全身倦怠・頭痛・筋肉痛・肝腫脹・DIC・その他 ()											
血清抗体価検査	項目	つつが虫病					日本紅班熱					
	検査法	IF・IP					IF・IP					
	抗原	Kato	Karp	Gilliam	Irie (Kawasaki)	Hirano (Kuroki)	Shimokoshi					
	初回	lgM										
		lgG										
	()回	lgM										
		lgG										
	()回	lgM										
		lgG										
	()回	lgM										
lgG												
治療	抗生物質	テトラサイクリン系 ・ その他 ()										