

つつが虫病様患者 第2回目以降血液送付用紙 (2回目以降のつつが虫病抗体価測定依頼書)

下記のつつが虫病確認または経過観察のための検査依頼には、この用紙の太枠内を記入血液（血清）に添付して送付して下さい。

*受付年月日 年 月 日

| | | | |
|-------|--|------|-----------|
| *受付番号 | | 患者氏名 | 入院中 ・ 通院中 |
| *血清番号 | | | |
| 担当医師名 | | 連絡先 | TEL |
| 医療機関名 | | | FAX |

*健康環境センター記入

なお、検査判定の参考といたしますので、その後の経過等について、お知らせ下さい。

| | | | | |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------|
| 体温 | 月 | 日 | 現在 | |
| | 高熱 ・ 微熱 | | (| ℃ ~ ℃) |
| | 平熱 | | (| 月 日 以降) |
| 発疹 | 全経過中なし ・ 出現後消退 ・ 現在も存在（性状： ） | | | |
| 刺し口 | なし ・ あり | | (個) | 現在の所見 (刺し口) |
| その他 臨床経過 | (適宜ご記入下さい) | | | |
| 使用 抗生剤 | 月 | 日以降 | 薬剤名 () (/mg/day) 日間 | |
| | その効果 | 著効 ・ 有効 ・ 無効 () | | |
| 採血日 | 年 | 月 | 日 | これは 回目 |

*健康環境センター記入

| IP抗体価 | Gilliam | Karp | Kato | Shimokoshi | Hirano/ Kuroki | Irie/ Kawasaki |
|-------|---------|------|------|------------|-------------------|-------------------|
| IgG | | | | | | |
| IgM | | | | | | |

秋田県健康環境センター
ウイルス班
TEL : 018-832-5005
FAX : 018-832-5069