

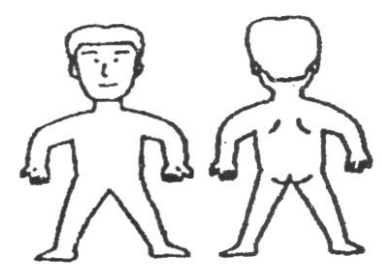
つつが虫病様患者調査票

受付番号 _____ 受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回 血清番号 _____

*太枠内をご記入下さい

問い合わせ先：健康環境センター TEL：018-832-5005

医療機関名	_____		担当医師名	_____	
診療科名	_____				
住所	〒 _____ 秋田県 _____				
TEL	(_____)		FAX	(_____)	

患者	氏名	_____			性別	男	女	年齢	_____				
	生年月日	T S H	年	月	日								
	住所	_____					職業	_____					
	発病日	_____	月	日	初診日	_____	月	日	病日				
	採血日	_____	年	月	日								
調査事項	感染推定日	_____	年	月	日	頃							
	感染地域	_____ 市 町 村 _____ 付近											
	感染場所	山地	水田	畑	住宅地	庭	野原	牧場	公園				
	作業内容	森林作業	農作業	工業	レジャー	刺し口の部位 (O印で記入)							
臨床所見	刺し口	有	(_____ 様)			無							
	刺し口の部位	頭	顔	頸	右肩	左肩							
		右脇窩	左脇窩	右手	左手	胸							
		腹	背	臀部	右足	左足							
		陰部	その他 (_____)										
	刺し口の状態	水疱	潰瘍	痂皮									
	発熱	有	無										
		最高体温	_____ °C										
	発熱開始日	_____	月	日	より	_____	日間						
	発疹	有	無										
	発疹部位	全身	顔	頸	胸	腹	背						
		手	足	その他	(_____)								
	リンパ節腫脹	有	(右頸部・右腋窩・右鼠径			左頸部・左腋窩・	無						
	その他	全身倦怠	頭痛	筋肉痛	肝腫脹	その他 (_____)							
検査所見	血液所見	白血球数	_____ /μl			AST上昇	有	(_____ 単位/L)	無				
		CRP上昇	有	(_____ mg/dl)	無	ALT上昇	有	(_____ 単位/L)	無				
		DIC	有	無			LDH上昇	有	(_____ 単位/L)	無			
	尿所見	蛋白	有	無			潜血	有	無				
治療	使用抗生物質	(薬剤名： _____)					不使用	投与開始	_____ 月 _____ 日				
その他特記事項	_____												

*健康環境センターで記入

コメント

1. 抗体価上昇が認められました。
2. 抗体価上昇が認められませんでした。

IP抗体価	Gilliam	Karo	Kato	Shimokoshi	Hirano/ Kuroki	Irie/ Kawasaki
IgG						
IgM						

*感染の有無は _____ 月 _____ 日以降に採血していただくとはっきりすると思われます。

~つつが虫病にはミノマイシン投与が有効です~