別記報告用紙

群馬県　麻しん・風しん　疑い患者発生状況報告

群馬県内の医療機関における麻しん及び風しんの疑い患者の発生を把握するための事業です。

麻しん及び風しん（疑い）患者を診察した医師は、下記にご記入のうえ**所属郡市医師会**にFAXして下さい。

郡市医師会から管轄の保健福祉事務所（保健所）に情報提供しますので、問い合わせがありましたらご協力ください。

報告日：　　年　　月　　日

届出医師名	
従事する医療機関名	
所属郡市医師会名	

【患者の状況】　　**疑う感染症（該当に〇を付けてください。）　麻しん　・　風しん**

受診年月日		年　　月　　日		
症状 該当する症状の発現日を記載ください。		発　熱　　月　　日	発　疹　　月　　日	
		コプリック斑　　月　　日	結膜充血　　月　　日	
		リンパ節腫脹　　月　　日		
イニシャル		（姓）　　／（名） ［個人情報保護のため、イニシャルでご記入下さい］		
年　齢		歳　　カ月	性 別	男　・女
生年月日		年　　月　　日		
学校名 幼稚園名 保育所（園）名等				
居住地区		市・町・村　　町／　県外 ［県内の場合は町名までご記入下さい。］		
予防接種の状況	MR	接種済　・　未接種　・　不 明 ◆接種時期［接種時期が分かる場合はご記入下さい。］ 1回目（　　年　　月頃）・ 2回目（　　年　　月頃）		
	麻しん	接種済　・　未接種　・　不 明 ◆接種時期［接種時期が分かる場合はご記入下さい。］ 1回目（　　年　　月頃）・ 2回目（　　年　　月頃）		
	風しん	接種済　・　未接種　・　不 明 ◆接種時期［接種時期が分かる場合はご記入下さい。］ 1回目（　　年　　月頃）・ 2回目（　　年　　月頃）		
渡航歴（3週間以内）		無　・　有〔　　年　月　日～　　年　月　日　国又は地域名：　　〕		
備　考				

※県医師会ホームページでは麻しん及び風しん（疑い）通報を元に麻しん及び風しん患者数を掲載しておりますが、麻しん及び風しんが否定された場合には、随時患者数から削除させていただきます。