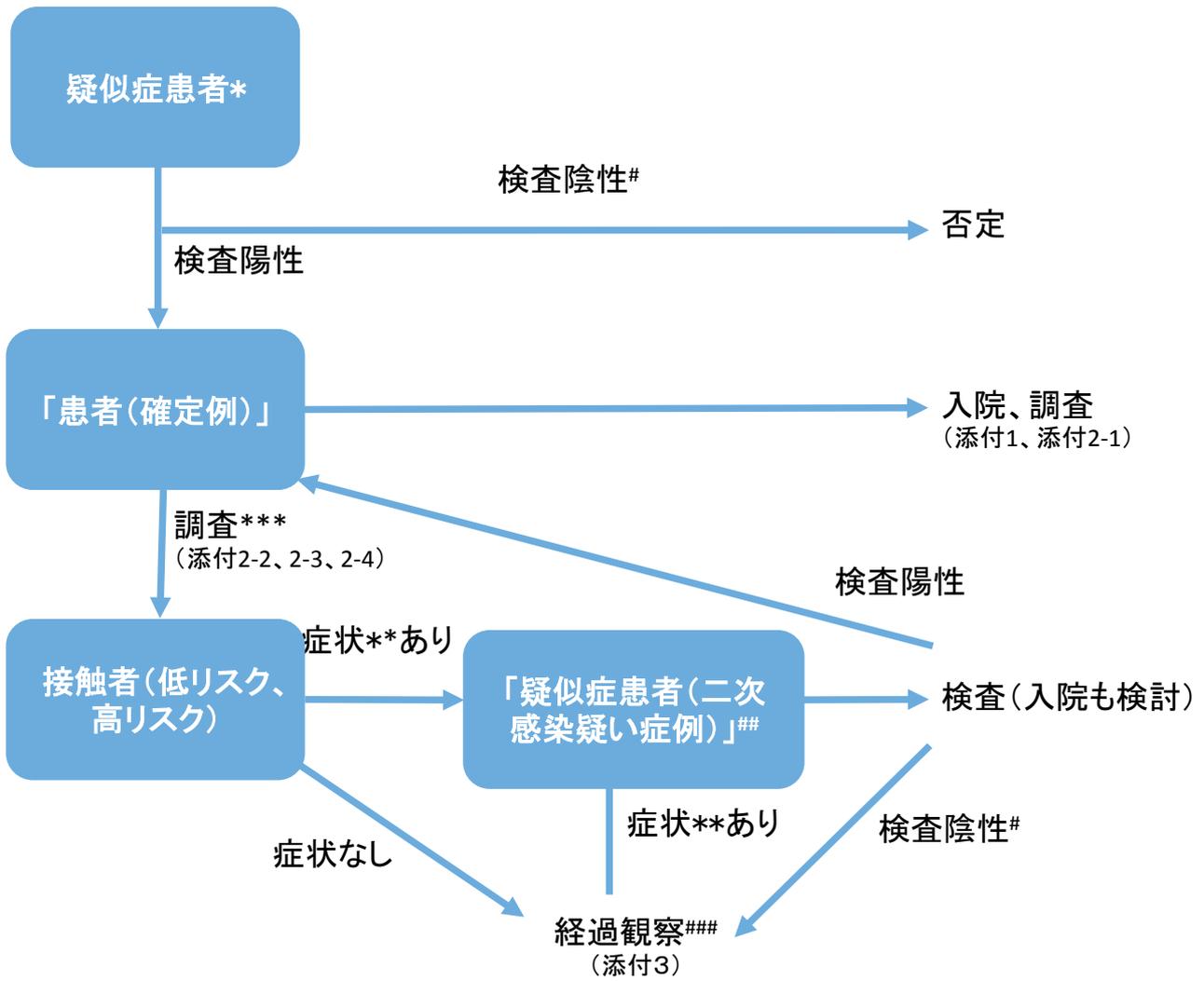


【エボラ出血熱患者調査に係るフローチャート】



\* 「エボラ出血熱検疫時及び国内患者発生時の全体フローチャート(暫定版)」による入国後発熱等を呈した滞在歴を有する患者

\*\* 発熱(38°C以上)又は体熱感等

\*\*\* EVD流行地域からの帰国者で、明らかなEVDへの曝露歴のない者については、感染リスクが極めて低いと考えられるため、積極的疫学調査の対象にはならない。ただし、発熱などの症状を認めた場合には、事前の連絡の上で医療機関においてマラリアなどの除外も含めた注意深い診察が望ましい。

# 3日以内の再検査を検討

## 「エボラ出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方自治体向け(暫定版)」による。「疑似症患者(二次感染疑い症例)」については、接触者や行動歴等の調査を行う。

### 経過観察は最長で21日間行う。接触者は1日少なくとも2回の確認を実施する。

エボラ出血熱患者等(疑似症患者等を含む) 基本情報・臨床情報調査票

基本情報※

ID \_\_\_\_\_

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：
	調査日時： 年 月 日 時	調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他( )
2	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名( ) 本人との関係( )	
	調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -	
3	診断分類： 1) 患者 2) 疑似症患者	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所名：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体名：
12	届出受理保健所名：	13 届出受理担当者名：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日

※3~17は発生届出票等より転記(4はNESIDへの登録後に記入)

18	患者氏名：	19	性別： 男・女	20	生年月日： 年 月 日( 歳 ヶ月)
21	患者住所：				
22	患者電話番号：自宅 - - 携帯 - -				
	患者Email： @				
23	調査時点の患者の主たる所在： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明				
	連絡先住所： 電話番号： - -				
24	職業・業種・学校(幼稚園・保育所等を含む)等：				
	最終勤務・出席(勤)日( 年 月 日)(児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること)				
	勤務先/学校名：				
	勤務先/学校所在地：				
25	勤務先/学校電話番号： - -				
	本人以外(保護者等)の連絡先				
	氏名： 本人との関係： 住所： 電話番号 自宅： - - 携帯： - -				
26	身長( )cm 体重( )kg				
	妊娠	なし・あり	(妊娠 週)		
	喫煙	なし・あり	( 歳から 本/日)		
	糖尿病	なし・あり			
	呼吸器疾患(喘息・COPD・その他)	なし・あり	(具体的に )		
	腎疾患	なし・あり	(ありの場合、透析 あり・なし)		
	心疾患	なし・あり	(具体的に )		
	血液疾患(貧血等)	なし・あり	(具体的に )		
	免疫不全(HIV、免疫抑制剤使用含む)	なし・あり	(具体的に )		
	悪性腫瘍(がん)	なし・あり	(具体的に )		
	その他( )				
その他( )					

27	入院：□なし□あり（ありの場合 入院期間 月 日～ 月 日）		
	入院医療機関名：	診療科名：	主治医名：
	入院医療機関所在地：	連絡先：	
28	患者受診後の医療行為		
	月日	医療機関名	実施者氏名
	/		
	/		
	/		
	/		
29	転帰： 外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり・死亡・エボラ出血熱を否定（診断名記入）		
自由記載欄			

## 臨床経過等（発病から入院時頃までとし、その後は医療機関による経過の情報を参照する）

30	症状など	月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
		入院日（○を記載）						
最高体温（℃）								
頭痛	有・無							
関節痛	有・無							
筋肉痛	有・無							
胸痛	有・無							
腹痛	有・無							
嘔吐	有・無							
下痢	有・無							
食思不振	有・無							
脱力	有・無							
原因不明の出血	有・無							
その他 ( )	有・無							

30	症状など		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
		有・無							
	入院日 (○を記載)								
	最高体温 (°C)								
	頭痛	有・無							
	関節痛	有・無							
	筋肉痛	有・無							
	胸痛	有・無							
	腹痛	有・無							
	嘔吐	有・無							
	下痢	有・無							
	食思不振	有・無							
	脱力	有・無							
	原因不明の出血	有・無							
	その他 ( )	有・無							
31	発病年月日時間(聞き取り調査による) 年 月 日 午前・午後 時 分頃 発病時の具体的な所在地 ( )								
32	・臨床経過・治療内容								
	診断前の医療機関名・その他特記事項等：								
	月日	医療機関名	実施者氏名	医療行為等の内容(隔離、感染予防策の有無を明記)					
	/								
	/								
	/								
	/								
 接触者ありの場合は、詳細を行動調査票（添付2-2及び2-3）に記入									
33	<u>診断後経過等</u> 合併症：□なし □あり（ありの場合、下記に下痢、嘔吐 月 日～、～からの出血 月 日～等の経過と治療内容を記入）								

## 検査結果

ID

Ebola Virusの検査						
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法	検査施設
34	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ( )		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ( )		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ( )		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ( )		
	Ebola Virus			陰性・陽性・その他 ( )		
マラリア等他の病原体検査の結果を記載						

エボラ出血熱患者等 行動調査票(感染源・接触者調査用)

患者氏名: \_\_\_\_\_ 調査者氏名: \_\_\_\_\_

患者ID: \_\_\_\_\_

感染源に係る行動調査

1 発症前3週間の流行地域\*への渡航歴や居住歴 あり (国名: \_\_\_\_\_) なし 不明  
 ↳ 「あり」の場合は、下記括弧内、項目2~3及び行動調査票(添付2-2、2-3及び2-4)に記入  
 ( 渡航期間、渡航地(できるだけ詳しく)、フライト情報等 )

2 発症前3週間のエボラ出血熱患者(疑いを含む)の体液等(血液・体液や吐物・排泄物など)との直接接触 あり なし 不明  
 ↳ 「あり」の場合は、下記に接触物等を記載し、詳細を項目4に記入  
 接触日( ) 接触場所( ) 接触物( )  
 接触日( ) 接触場所( ) 接触物( )

3 発症前3週間の流行地域由来のコウモリ、霊長類等への直接接触 あり なし 不明  
 ↳ 「あり」の場合は、下記に接触動物名等を記載し、詳細を項目4に記入  
 接触日( ) 接触場所( ) 接触動物( )  
 接触日( ) 接触場所( ) 接触動物( )

4 項目2~3で「あり」の場合、発症3週間前の行動  
 ( 立ち寄った場所やそこでの接触者などを具体的に )

\* 平成26年10月23日現在の流行地域は西アフリカのギニア、シエラレオネ、リベリア

患者の接触者に係る行動調査

5 当該患者の発症日当日以降適切な隔離までの同一世帯内での接触 あり なし 不明  
 ↳ 「あり」の場合は、世帯内接触者の詳細を行動調査票(添付2-2、2-3及び2-4)に記入

6 当該患者の発症日当日以降適切な隔離までの学校・職場での接触 あり なし 不明  
 ↳ 「あり」の場合は、接触者の詳細を行動調査票(添付2-2、2-3及び2-4)に記入

7 当該患者の発症日当日以降適切な隔離までの項目5、6以外の行動歴(追加情報は下の自由記載欄を使用)

日時	目的地やイベント*の内容	公共交通機関**の利用	体液の人への曝露(混雑した電車の利用、会場での嘔吐等)
発症当日 (月 日)	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
発症後1日 (月 日)	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
発症後2日 (月 日)	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
発症後3日 (月 日)	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
発症後4日 (月 日)	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		
	午前・午後		

患者ID: \_\_\_\_\_

7	発症後5日 (月 日)	午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
	発症後6日 (月 日)	午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
	発症後7日 (月 日)	午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			
		午前・午後			

\*ショッピングセンター、コンビニエンスストア、アミューズメント施設、コンサート会場、図書館、宿泊施設、トイレ、浴場、プール、カラオケ店、マッサージ施設、医療機関等

\*\*航空機、新幹線、電車、バス、タクシー、船舶等

自由記載欄







(添付3)

## エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票(1枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目で終了してください。

接触者番号：	観察対象者氏名：	住所：	TEL：	-	-	Email：	@				
接触患者氏名：	患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃					患者との関係：					
	観察開始日 (朝)	観察開始日 (夕)	開始後1日目 (朝)	開始後1日目 (夕)	開始後2日目 (朝)	開始後2日目 (夕)	開始後3日目 (朝)	開始後3日目 (夕)	開始後4日目 (朝)	開始後4日目 (夕)	開始後5日目 (朝)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腹痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他											
備考											
確認者											

保健所名： 担当者名： 所在地： TEL： - - FAX： - -

Email @

## エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票(2枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目で終了してください。

接触者番号：		観察対象者氏名：			住所：			TEL： - -		Email： @	
接触患者氏名：			患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃				患者との関係：				
	開始後5日目 (夕)	開始後6日目 (朝)	開始後6日目 (夕)	開始後7日目 (朝)	開始後7日目 (夕)	開始後8日目 (朝)	開始後8日目 (夕)	開始後9日目 (朝)	開始後9日目 (夕)	開始後10日目 (朝)	開始後10日目 (夕)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腹痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他											
備考											
確認者											

保健所名： \_\_\_\_\_ 担当者名： \_\_\_\_\_ 所在地： \_\_\_\_\_ TEL： - - FAX： - -  
 Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票(3枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目まで終了してください。

接触者番号：	観察対象者氏名：	住所：	TEL： - -	Email： @							
接触患者氏名：		患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃					患者との関係：				
	開始後11日目 (朝)	開始後11日目 (夕)	開始後12日目 (朝)	開始後12日目 (夕)	開始後13日目 (朝)	開始後13日目 (夕)	開始後14日目 (朝)	開始後14日目 (夕)	開始後15日目 (朝)	開始後15日目 (夕)	開始後16日目 (朝)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腹痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他											
備考											
確認者											

保健所名： 担当者名： 所在地： TEL： - - FAX： - -

Email @

## エボラ出血熱患者等の接触者における健康観察票(4枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、1日に2回必ず保健所へ連絡するよう伝えてください。健康観察は、患者との最終接触日から21日目で終了してください。

接触者番号：	観察対象者氏名：	住所：	TEL： - -	Email： @							
接触患者氏名：		患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃					患者との関係：				
	開始後16日目 (夕)	開始後17日目 (朝)	開始後17日目 (夕)	開始後18日目 (朝)	開始後18日目 (夕)	開始後19日目 (朝)	開始後19日目 (夕)	開始後20日目 (朝)	開始後20日目 (夕)	開始後21日目 (朝)	開始後21日目 (夕)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
胸痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
腹痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食思不振	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
脱力	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
出血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他											
備考											
確認者											

保健所名： \_\_\_\_\_ 担当者名： \_\_\_\_\_ 所在地： \_\_\_\_\_ TEL： - - FAX： - -

Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_