

【参 考 様 式】

平成25年〇月 ※日

厚生労働省健康局結核感染症課 御中

〇〇県〇〇部〇〇課

中東呼吸器症候群（MERS）について

標記について、下記のとおり中東呼吸器症候群（MERS）に係る情報提供がありました。

記

平成25年〇月〇日(〇)〇〇保健所管内〇〇病院より連絡

<患者について（任意）>

〇〇市（区・町）在住

性別：〇性

年齢：〇歳

職業：

基礎疾患：

<症状の経過（分かる限りで）>

H25.〇.〇～（帰国 or 日本入国）

H25.〇.〇～（症状・発症日）

入院日（救急搬送日）：H25年〇月〇日

<現在の症状等（分かる限りで）>

現在の症状（分かる限り細かく）：

治療状況（分かる限り細かく）：

検体の有無（有の場合は種類と採取時期、無の場合は今後の採取の可否）：

他に疑われる感染症等の検査結果：

<情報提供を求める患者の要件（入力必須かつすべて合致の場合に要情報提供）>

☆ チェック項目

	38度以上の発熱
	咳を伴う急性呼吸器症状（症状： ）
	臨床的又は放射線学的に実質性肺病変（例：肺炎又はARDS）が疑われること
	発症前10日以内にアラビア半島又はその周辺諸国に渡航又は居住（地域： ）

- ・他の感染症によること又は他の病因が明らかな場合は除くこと

<追加検査（要件合致の場合に地方衛生研究所での以下の検査を要検討）>

遺伝子検査（リアルタイムPCR）：

→リアルタイムPCRで陽性であれば、感染研へ検査依頼。