

A 感染症(インフルエンザ等) 発症連絡票

Infectious disease (Influenza etc.) Case Report

部

(職員担当 学生担当)
(employee affair, student affair)

Department

感染者の状況を記入してください。Please state conditions of the patient

※ 白の箇所は記入必須項目です。Please check the white square below.

感染症名 Diagnosis of infection			記入日 年 月 日 Date of record (year/month/day)
			学域学類 / 研究科等 / 所属 Department / Graduate School / Affiliations
氏名 Name (Family, Middle, First) 才 age (男・女) (male female) 学籍番号 Student ID Number ()	<input type="checkbox"/> 学生 Student		
	<input type="checkbox"/> 留学生 International student		
	<input type="checkbox"/> 教職員 employee		
	<input type="checkbox"/> その他 others ()		
連絡先 Contact Address 電話番号(携帯等必ず連絡がとれるところ): Phone number (mobile phone is preferable) 寮名: Dormitory Name	住所: Address		
発症者又は発熱者との接触の有無 (有・無) Did you contact with the patients or somebody with fever? (yes/no) 2週間以内の旅行の有無 (有・無) Did you travel in recent two weeks? (yes/no) (有の場合は何処へ?:) In case of yes, where did you travel to?	クラス内での発症者の有無 (有・無) Is anyone who have the symptoms in your class? (yes/no) サークル内での発症者の有無 (有・無) Is anyone who have the symptoms in your circle? (yes/no) 家族内での発症者の有無 (有・無) Did anyone in your family have the symptoms?		
経過 (症状の発生から現在までの状況について): Course (Situation from the symptom appeared to now)	診療機関受診日: Date you visited a hospital		
自覚症状の有無(有の場合○印を) Please circle the symptoms below if you have any.	診療機関名: Name of the hospital		
発熱 (37.8℃以上) Fever more than 37.8℃ (100F)	診療機関での対応 (薬の内容, 指示されたことなど) Treatment you received at the hospital (name of medicine,		
咳 cough			
鼻水 running nose			
咽頭痛 sore throat			
下痢・嘔吐 diarrhea, vomiting			
その他の症状 other symptoms			
その他:	インフルエンザ予防接種:(接種・未接種) Flu shot		

連絡を受けた部署記入欄 Record of personnel in charge

関係箇所への連絡内容: Contents of the report to the personnel who ma

保健管理センター記入欄 Health Service Center use only

医師対応内容: Physicians's coping 年 月 日 year/month/day 時 分 医師名 Physician's name

指示内容: Physician's instructions

関係機関への連絡: Contacts fo the organizations that may concern