

麻疹患者調査票（学生用）

記入日 年 月 日

学籍番号 _____ 氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 才	
住所 〒 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____	
電話 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____	
本人以外（保護者等）の連絡先 氏名： _____ 本人との関係 _____ 住所： 〒 _____ - _____ - _____ 電話： 自宅 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____	
下記の症状の有無 あった場合はそれが始まった日付（期間） 37.5度以上の発熱 無 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日） 熱がもっとも高かったとき _____（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） せき 無 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） 鼻水 無 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） 眼の症状（赤くなる、目やに等） 無 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） 赤い発疹 無 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） その他（ _____ ） 無 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）	
医療機関受診の有無 受診しなかった _____ 受診した 初診： _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名： _____ 電話： _____ - _____ - _____ 主治医： _____	
入院の有無 入院しなかった _____ 入院した 入院医療機関名： _____ 診療科名： _____ 入院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 退院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
麻疹以外の診断 特になし _____ 診断された 肺炎・気管支炎・中耳炎・腸炎・脳炎・その他（ _____ ）	
罹患歴 過去に麻疹にかかったことは？ 無 不明 有（ _____ 才の時） 母子手帳の記録を確認したか？ していない した	
予防接種歴（母子手帳等の記録で確認を） 1回目 無 不明 有 種類： 1 麻疹 2 麻疹・風疹 3 流行性耳下腺炎・麻疹・風疹 不明 接種年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 2回目 無 不明 有 種類： 1 麻疹 2 麻疹・風疹 3 流行性耳下腺炎・麻疹・風疹 不明 接種年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
発熱初日の2週間前から1週間前の間に麻疹の患者さんと会ったか？ 会っていない _____ わからない _____ 会った いつ _____ 誰と _____ ところで： _____	
発熱初日の前日から今日までに出席した授業は？ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____ ____月____日 ____曜 ____限 科目： _____ 担当教員： _____	
発熱初日の前日から今日までに出席していた研究室： _____	
発熱初日の前日から今日までに参加した課外活動 ____月____日 ____曜 サークル等の名称： _____ ____月____日 ____曜 サークル等の名称： _____	

麻疹に罹患した場合、解熱後3日以上経過するまで登校禁止です。主治医から登校許可が出たら、保健管理センターに連絡してください。