

麻疹患者調査票（教職員用）

記入日 年 月 日

|                                  |              |   |                                |
|----------------------------------|--------------|---|--------------------------------|
| 氏名 _____                         | 性別 _____     | 年齢 _____ 才  | 所属 _____                       |
| 住所 〒 _____ - _____               | _____        |   |                                |
| 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： _____   | どこで： _____                     |
|                                  |              | 誰と： _____   |                                |
| 発熱初日の前日から今日までに行った授業は？            |              |   |                                |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| _____ 月 _____ 日                  | _____ 曜      | _____ 限   | 科目： _____                      |
| 発熱初日の前日から今日までに出席していた研究室行事： _____ |              |   |                                |
| その他、発熱初日の前日から今日までに接触した人： _____   |              |   |                                |
| _____                            |              |   |                                |
| _____                            |              |   |                                |

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。