

**SFTSを疑う症例の情報提供票
兼 SFTSウイルス検体送付票**

(別紙2)

○以下をご記入下さい。

氏 名 (性別、年齢、住所)	男・女(歳) 市・町		
採 取 年 月 日	平成 年 月 日		
検 体 の 種 類 (該当するものに○を付けてください)	血液 ・ 血清 ・ 咽頭ぬぐい液 ・ 尿		
症例定義 への 合致状況 (必須)	38度以上の発熱	度 分	
	消化器症状	嘔気・嘔吐・腹痛・下痢・下血・その他()	
	血小板の減少 採血日 ()	血小板 (/mm ³)	※10万/mm ³ 未満
	白血球の減少 採血日 ()	白血球 (/mm ³)	※4000/mm ³ 未満
	血清酵素の上昇 採血日 ()	AST (U/1) ALT (U/1) LDH (IU/1)	※いずれも上昇
	入院日(救急搬送日)	平成 年 月 日 (集中治療を要する、要した or 死亡)	
症状の経過 (分かる範囲)	発症日 (H . . ~) 症状	CRP ()	
現在の症状等 (分かる範囲)	現在の症状 対処・治療状況		
	ダニの刺し口 検体 他に疑われる感染症 等の検査結果 など	無・有 () 無(今後の採取の可・否)・有(種類:)	

医療機関名

電話番号

医師名 _____