

# 様式 1 高病原性鳥インフルエンザ発生農場の従業員等の皆様へ

県 保健所長

## 高病原性鳥インフルエンザに係る検査のお願い

高病原性鳥インフルエンザは、通常、鳥類の間で感染するインフルエンザと言われておりますが、H5N1型においては、タイやベトナムでトリからヒトへの感染が報告されているほか、国内の発生例（京都府）においても、防疫措置に携わった方の血清抗体検査の結果、1名の感染が確認されております。

このことから、接触者につきましては、感染の有無を正確に把握する必要がありますので、健康調査のほか検査に必要な検体の採取についてご協力をお願いいたします。

なお、下記の点をご理解いただき、インフルエンザに係る検査を行うための検体採取について、同意いただける場合は、下記の承諾書にご記入願います。

あなたから提供いただいた検体については、県 保健所、県衛生研究所及び国立感染症研究所において検査いたします。

あなたから提供いただいた検体については、インフルエンザの感染の有無を調べる目的以外には使用いたしません。

検査結果については、個別にご報告いたします。検査結果の公表にあたっては、検査実施人数、抗体陽性者数、抗体陰性者数を公表いたします。氏名、所属等は公表いたしませんので、個人が特定されることはありません。なお、論文等に発表する場合は、倫理委員会に諮るとともに、発表した内容をご報告致します。

検体採取を拒否してもあなたに不利益はありません。検体採取への協力はあなたの自由意思に委ねられます。

## 承 諾 書

インフルエンザに係る検査を行うために検体採取をすることについて、十分に説明を受け、これを承諾いたします。

平成 年 月 日

県 保健所長  
(説明者 )

署名 \_\_\_\_\_



## 防疫作業従事者の皆様へ（留意事項）

### 1 作業をはじめる前の健康調査を行います。

事前に問診票の所定の事項を記入するとともに、体温を測定して記入して下さい。また、現場に設置されている血圧計で各自血圧を測定し記入して下さい。（作業従事 2 回目からは、問診表の記入の必要はありません。体温・血圧を測定して問診を受けて下さい。）

問診・血圧測定

医師の診察

予防投薬（タミフル）の処方、内服（感染及び発病予防のため、医師または薬剤師から薬を受け取ったあと、タミフル 1 カプセルをすみやかに服用して下さい。）

### 2 作業中の留意事項

脱水症を起こさないよう、水分を十分とって下さい。（作業前も水分をとること）

作業中、気分や体調が悪くなった場合は、無理せずに現場の責任者に声をかけ、休憩を取ってください。

作業中は、防護服の着脱方法（マスク・ゴーグルの着用等）を守り、感染の防止に留意して下さい。特に靴を脱ぐ際には汚染される可能性が高いのでご注意ください。

昼食・休憩時間に、皆様の体調の確認を行っていますので、気になることがありましたら申し出て下さい。

### 3 作業終了後にも健康調査を行います。

作業終了後の健康状態について問診を行います。作業に従事した方は、必ず終了後の問診を受けて下さい。

### 4 作業終了後の経過観察について

最終作業日の翌日から 4 日間は、予防投薬（タミフル）を 1 日 1 回 1 カプセルを毎朝服用してください。

また、最終作業日の翌日から 7 日間は、必ず健康観察（体温、呼吸器症状、その他自覚症状等）を行い、その結果を高病原性鳥インフルエンザ接触者モニタリングに記入して下さい。

従事後の体調の変化等がありましたら、すみやかに医療機関を受診するとともに、下記にご連絡下さい。

保健所

TEL

-

-

## リン酸オセルタミビル(市販品名:タミフル)の服用について

### 【用法・用量】

○タミフル1カプセルを1日1回、朝食後に服用してください。

○作業日と最終作業日の翌日から4日間服用してください。

\* ただし、作業当日は、医師の問診後タミフルを受け取った後、すぐに服用してください。

### 【タミフルの効能・効果】

○A型又はB型インフルエンザウイルス感染症の予防に用います。

( \* 高病原性鳥インフルエンザはA型です。 )

### 【副作用】

○まれに腹痛、下痢、嘔気、皮疹等がでることがあります。

### 【備 考】

○御不明の点等は、保健所(TEL: )までお問合せください。

## 防疫作業従事者の皆様へ（留意事項）

### 4 作業終了後の経過観察について

最終作業日の翌日から 4 日間は、予防投薬（タミフル）を 1 日 1 回 1 カプセルを毎朝服用してください。

また、最終作業日の翌日から 7 日間は、必ず健康観察（体温、呼吸器症状、その他自覚症状等）を行い、その結果を高病原性鳥インフルエンザ接触者モニタリングに記入して下さい。

従事後の体調の変化等がありましたら、すみやかに医療機関を受診するとともに、下記にご連絡下さい。

保健所

TEL - -