

ダニ媒介感染症検査票

2026.4.1改訂版

患者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	年 齡	歳 ヶ月	職 業	
	住 所			

【主治医等記載欄】

医療機関名 及び 主治医等医師名				
疑われる疾患 (検査依頼項目)		ライム病・新興回帰熱・ダニ媒介脳炎・SFTS その他(→事前に要相談)		
推定感染日／地域		年 月 日・不明 / 地域:		
発 症 日		年 月 日・不明		
検 体	検体採取日	年 月 日		
	検体送付日	年 月 日		
	検体の種類	血液(全血)・血清・髄液・皮膚片・尿・ダニ その他()		
ダニの刺咬		有(刺咬部位:)・無・不明		
	日時／状況	年 月 日・不明 / 状況:		
	除 去	年 月 日・不明		
症 状	・ 無症状 ・ 発熱 (最高 °C、回帰性: 有・無) ・ 頭痛 ・ 遊走性紅斑 ・ 皮疹 ・ 関節痛 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感 ・ 髄膜炎 ・ 意識障害 ・ 麻痺(部位) ・ 痙攣 ・ 中枢神経症状(脳炎 ・ 脳症 ・ 脊髄炎 ・ その他()) ・ 消化器症状(下痢 ・ 嘔吐 ・ 下血 ・ その他()) ・ リンパ節腫脹 ・ 皮下出血 ・ その他()			
	CRP	正常 ・ 異常 (数値:)		
	肝機能	正常 ・ 異常 (数値:AST ALT)		
	血小板	正常 ・ 異常 (数値:)		
	白血球	正常 ・ 異常 (数値:)		
	好中球	正常 ・ 異常 (数値:)		
	その他	異常値を示す項目()		
	治 療	抗生物質投与	有 ・ 無	
			・ テトラサイクリン系() ・ その他()	
	基 礎 疾 患		有 ・ 無 / 病名:	
転 帰 ・ 経過観察中 ・ 軽快 ・ 治癒 ・ 後遺症有り ・ 入院中 ・ 退院済 ・ 死亡(原因:)				
主治医等から道立衛生研究所への連絡事項				

- * 検査をご依頼の際、この検査票を検体に添付してください
- * 残余検体の研究利用に対する同意書の取得・添付にご協力をお願いします
- * 採血管は抗凝固剤を含まないものを使用してください
- * カテゴリーBに準じた梱包をし、ゆうパック＜チルド便＞で送付してください

【保健所記載欄 * 主治医記載可】

担当保健所	保健所		
生活習慣 等	* ダニ刺咬に関連しそうな情報があれば記入		
＜現在の＞ ペットの飼育状況	有 ・ 無		
＜直近の＞ 野生動物との接触	種類	イヌ ・ ネコ ・ その他()	
＜直近の＞ 海外渡航歴	有 ・ 無 ・ 不明		
＜直近の＞ 道外旅行・滞在歴	種類	年 月 日頃	
ワクチン接種歴	国名		
	期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	地域		
	期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	有 ・ 無 ・ 不明 / 最終接種: 年 月 日頃		
	・日本脳炎ワクチン・黄熱ワクチン・ダニ媒介脳炎ワクチン ・デング熱ワクチン・その他()		

【その他 特記事項】

--

【道立衛生研究所記入欄】

検体到着日	年 月 日
検体No.	L-

道衛研検査担当 (検体送付・問い合わせ先)	ライム病・新興回帰熱：感染症部医動物G TEL:011-747-2768
	ダニ媒介脳炎・SFTS：感染症部ウイルスG TEL:011-747-2764