

エルシニア抗体価測定用患者個票

整理 No. _____

1. **患者氏名**： (施設名：)
 (イニシャル) (担当医：)
 (カルテ No.：)
2. **性別**： 男 女, **年齢**： 歳 ヶ月
3. **患者住所**：
 (都道府県名のみ)
4. **発症年月日**： 西暦 年 月 日
5. **主訴**：
6. **該当する症状**：
 発熱5日以上
 四肢末端の変化 (硬性浮腫 紅斑 膜様落屑)
 不定形発疹
 両側眼球結膜充血
 口唇口腔所見 (口唇紅潮 莓舌 口腔粘膜発赤)
 頸部リンパ節腫脹
 冠動脈拡張性変化
 腎不全
 家族内発症
 山水・井戸水の使用
 その他()

採血日： 年 月 日(発症 日目)

採血日： 年 月 日(発症 日目)

採血日： 年 月 日(発症 日目)

* 血液 2-3ml をプレーン管に採血し、遠心分離後の血清を送付する。

- ◎ なお、同一家族、同一食品の喫食など、同一の感染源からの感染が疑われる検体を送付する場合は、患者のイニシャル、カルテ No とともに、その旨お知らせください。