

麻しん(はしか)患者情報連絡票

患者様(保護者様)へ

保健所では、麻しん(はしか)の感染拡大防止のため、法律に基づき必要に応じて感染源の調査や接触者の方の健康観察を実施します。このため、発生届では把握できない情報の提供について、ご協力いただきますようお願いいたします。

<患者情報について>

氏名(ふりがな)	
緊急連絡先	氏名: 続柄: 電話番号:
同居家族で麻しんに罹患したことがなく、 ワクチン未接種の人をご記載ください。	続柄: 年齢: 続柄: 年齢: 続柄: 年齢:
所属について(学校、保育園、職場等)	名称:
学年・クラス・学部など	
最終の登校日、出勤等の日	年 月 日

<調査への同意について>

私は、麻しんの感染拡大防止のために法律に基づいて実施される調査等について、その意義や方法について十分理解しましたので、情報提供に同意します。

本人または保護者

患者様(保護者様)へのお願い

麻しん(はしか)は、空気感染で感染し、感染力が強く、麻しんに対する免疫を持っていない方や、免疫の弱い方と接触した場合には、感染が拡大する可能性があります。

検査結果が判明するまで、公共交通機関の利用を避け、自宅療養をお願いします。

結果が陽性の場合には、同居の家族や所属の方に連絡し、調査をさせていただきます。



医療機関の方へ

保健所では、麻しんの感染拡大防止のため、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第15条に基づき、「積極的疫学調査」を実施します。

ご本人様(保護者様)に、この患者情報連絡票についてご説明いただき、「麻しん発生届」と併せてFAXにて保健所疾病対策課【042-750-3066】に送付をお願いいたします。

医師の氏名 従事する病院・診療所の名称 連絡先電話番号	
-----------------------------------	--