

エムポックス患者(疑い患者等を含む) 調査票 2024年10月時点

疫学情報の把握のため、下記調査票の赤太枠部分を必ず記入をいただき、国立感染症研究所EOCまで情報提供をお願いします。その他の項目は自治体における積極的疫学調査の情報収集項目の参考とさせていただきます。なお、赤字は前回掲載の調査票からの変更点となります。

患者ID: _____

調査基本情報

1	調査担当保健所名:	調査者氏名:
	調査日時: 年 月 日 時	調査方法: <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
2	調査回答者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名() 本人との関係()	
	調査回答者電話番号 自宅: - -	携帯: - -
3*	診断分類 <input type="checkbox"/> 患者(確定例) <input type="checkbox"/> 無症候性病原体保有者 <input type="checkbox"/> 感染症死亡者の死体 <input type="checkbox"/> 感染症死亡疑い者の死体 (調査時): <input type="checkbox"/> 上記疑い患者(いわゆる届出上の疑似症ではない点に注意。届出項目には存在しない)	
4	NESID ID:	5 患者居住地保健所名:
6*	届出医療機関名:	7* 届出医療機関主治医名:
8*	届出医療機関所在地:	9* 届出医療機関電話番号: - -
10	届出受理日時: 年 月 日	11 届出受理自治体名:
12	届出受理保健所名:	13 届出受理担当者名:
14*	初診年月日: 年 月 日	15* 診断年月日: 年 月 日
16*	感染推定日: 年 月 日	17* 発病年月日: 年 月 日
追加	検査理由: <input type="checkbox"/> 有症状 <input type="checkbox"/> 無症状 (<input type="checkbox"/> 接触者として実施 ・ <input type="checkbox"/> スクリーニングとして実施)	

*発生動向調査届出に記載のある内容

患者基本情報

18*	患者氏名:	19*	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他()
20*	生年月日: 年 月 日(歳 か月)		
	国籍: 日本 ・ その他()		
21*	患者住所:		
22*	患者電話番号 自宅: - -	携帯: - -	
	患者Email: @		
23*	調査時点の患者の主たる所在: <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明		
	連絡先住所: 電話番号: - -		
24	職業*・業種*・学校(幼稚園・保育所等を含む)等: 最終勤務・出席(勤)日: 年 月 日(児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること)		
	勤務先/学校名:		
	勤務先/学校所在地:		
	勤務先/学校電話番号: - -		
25*	本人以外(保護者等)の緊急連絡先		
	氏名: 本人との関係:		
	住所:		
	電話番号 自宅: - - 携帯: - -		
26	定期接種だった1976年までの天然痘(痘そう)ワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(ありの場合) 記録: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	メーカー種類: <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明	接種日時(年齢): 年 月 日(歳) 年 月 日(歳)	
追加	2022年以降の痘そうワクチン(LC16m8ワクチン)接種歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(ありの場合)接種目的: <input type="checkbox"/> 曝露前 <input type="checkbox"/> 曝露後	

	(ありの場合)接種医療機関: ()
27	同居者: <input type="checkbox"/> あり (具体的に:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ペット: <input type="checkbox"/> あり (具体的に:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

*発生動向調査届出に記載のある内容

患者基礎疾患・既往歴等

	身長: cm	体重: kg	
28	基礎疾患等(現在あるもの)		ありの場合
	妊娠:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(妊娠 週)
	HIV:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(具体的な病名や薬剤等)
	免疫不全(免疫抑制剤使用など):	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(具体的な病名や薬剤等)
	腎疾患:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(具体的な病名 透析: あり・なし)
	血液疾患:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(具体的な病名)
	悪性腫瘍(がん):	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(具体的な病名)
	その他():	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
	性感染症の既往歴		ありの場合
	梅毒:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(いつ頃:)
	淋病:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(いつ頃:)
	クラミジア:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(いつ頃:)
	HBV感染症:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(いつ頃:)
	HCV感染症:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(いつ頃:)
	性器ヘルペス:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(いつ頃:)
	その他():	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(いつ頃:)
	その他の既往:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(具体的な病名:)

臨床所見および経過(感染可能期間の目安把握)

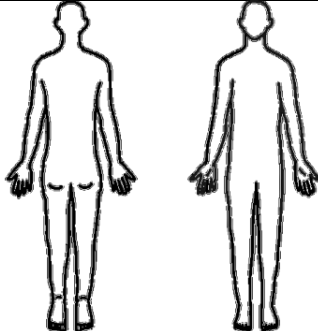
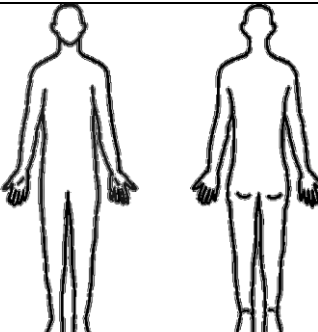
29	聞き取り時点の症状の有無:		
	発熱*(目安37.5℃以上): 有(°C)・無・不明	出現日: 年 月 日	
	発疹*: 有・無・不明	出現日: 年 月 日	痂皮の脱落**: 年 月 日
	リンパ節腫脹*: 有・無・不明		
	頭痛*: 有・無・不明		
	筋肉痛: 有・無・不明		
	背部痛*: 有・無・不明		
	咽頭痛: 有・無・不明		
	咳嗽: 有・無・不明		
	倦怠感: 有・無・不明		
	その他(): 有・無・不明		
28	発病日(いずれかの症状 [§] の出現日): 年 月 日		

*感染症発生動向調査届出票に記載のある項目

**発疹痂皮脱落の時期に感染性がなくなるとされる(発疹の様子を下段に記入)

§ 発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛、リンパ節腫脹、悪寒、易疲労感、皮疹(一般的に発熱後1-3日で出現)等

発疹の出現から聞き取り時点までの経過

30	発疹の状態について(○をつけてください)	
	発疹が初めに現れた場所: 右選択もしくは下記図に記載	顔・頭部・目・首・口、口唇(口腔内)・体幹・腕・足・手掌・ 足底・性器・肛門周囲・その他()
	年 月 日 出現	
	発疹出現場所(すべて): 右選択もしくは下記図に記載	顔・頭部・目・首・口、口唇(口腔内)・体幹・腕・足・手掌・ 足底・性器・肛門周囲・その他()
年 月 日 出現		
おおよその皮疹の数 <input type="checkbox"/> 25未満 <input type="checkbox"/> 25-99 <input type="checkbox"/> 100-499 <input type="checkbox"/> 500以上		

検査結果

31	エムボックスウイルスの検査				
	検体材料	検体採取日	結果	検査方法	検査施設
		年 月 日	陰性・陽性・その他()		
		年 月 日	陰性・陽性・その他()		
		年 月 日	陰性・陽性・その他()		
		年 月 日	陰性・陽性・その他()		
ゲノム検査の実施: 有・無			ゲノム検査検体提出日: 年 月 日		
他の病原体検査状況・結果を記載: 【クレードの状況】 クレード I (Ia・Ib) クレード II (IIa・IIb) その他()					

行動歴(感染源の遡り)

32	潜伏期間中(発症3週間前まで)の渡航歴や居住歴 <input type="checkbox"/> あり (国名:) <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合は、下記に記入	
	○渡航期間 ○渡航先の国や地域 ○発症後に公共交通機関を利用した場合、その交通機関や利用日の情報 (例:○○航空△△便、ロンドン→成田、×月×日)	
33	潜伏期間中の発熱や発疹・水疱のある者との接触歴(同居や2m以内での接触) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 →「あり」の場合は、下記に接触状況を記載	
	接触日: 年 月 日 場所(国や地域、国内であれば自治体名):	
	接触した相手の症状: 発熱・頭痛・リンパ節の腫れ・発疹・水疱(複数のみずぶくれ)・その他()	
	接触相手に考えられる診断名:	
34	潜伏期間中の動物(げっ歯類)等との直接的な接触歴(国内外問わず) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 →「あり」の場合は、下記に接触状況を記載	
	接触日: 年 月 日 接触場所: 接触動物:	
	接触の機会(世話をした、咬まれた、ひっかかれた等):	
35	潜伏期間中(発症3週間前まで)の性交渉の状況:	相手の数: <input type="checkbox"/> 単数 <input type="checkbox"/> 多数
	相手の性別: <input type="checkbox"/> 同性 <input type="checkbox"/> 異性 <input type="checkbox"/> 両方	相手の把握: <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定(状況詳細:)
36	上記いずれかで「あり」の場合、潜伏期間中(発症3週間前まで)の行動(立ち寄った場所やそこでの接触状況などを具体的に)	

行動歴(接触者調査)

37	発症日当日以降適切な隔離までの同一世帯内での接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
38	発症日当日以降適切な隔離までの医療機関における接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
39	発症日当日以降適切な隔離までの不特定多数との性的接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
40	発症日当日以降適切な隔離までのその他の接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

→行動歴を以下の医療機関受診歴および次項の行動歴調査票に、それぞれの接触者について接触者リスト(添付2)に記入

医療機関受診歴(接触者を同定するために受診日と医療機関は必須。その他は一部医療機関に聴取することを想定)

41	受診歴・医療行為(診断前)			
	日時	医療機関名	診療科名	医療行為等の内容(隔離、感染予防策の有無を明記)
	月 日			
	月 日			
	月 日			
→接触者ありの場合は、詳細を接触者リストに記載				
42	受診歴・医療行為(診断後)			
	日時	医療機関名	診療科名	医療行為等の内容(隔離、感染予防策の有無を明記)
	月 日			
	月 日			
	月 日			
→接触者ありの場合は、詳細を接触者リストに記入				

発症後行動歴および臨床症状(行動歴は優先聞き取り項目)→接触者ありの場合は、詳細を接触者リスト(添付2)に記載

日時	発症日当日以降、適切な隔離までの行動歴			臨床経過(最高体温以外は症状など該当する日に印を記載)								
	目的地やイベント*の内容	公共交通機関**の利用	体液の人への曝露(会食、性的接触など)	入院日	最高体温(°C)	発熱	発疹	リンパ節腫脹	頭痛	背部痛	その他()	
発症当日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後1日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後2日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後3日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後4日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後5日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後6日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後7日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後8日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後9日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後10日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後11日 (月 日)	午前											
	午後											
発症後12日 (月 日)	午前											
	午後											

* 濃厚接触が生じるような場所やイベントを中心に
 **航空機等長時間の移動(8時間以上)

接触者リスト（案）（世帯内）

患者氏名: _____

調査者氏名: _____

ID: _____

感染源・接触者一覧(患者行動調査票を使用して得られた感染源、接触者の両方について記入)

(推定)感染源

接触者リスト（別途健康チェック票 添付3により健康チェックを行う）
世帯内接触者

接触者 番号	リスク 分類*	よみがな 氏名	続柄 (関係)	年齢	性別	患者との 最終接触日	重症化 リスク†	最終接触後 21日以内 の発症	連絡先（電話番号、 メールアドレス等）	備考（接触状況等）
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		

* リスク分類についてはエムボックスに対する積極的疫学調査実施要領(2ページ表1)参照

† 重症化リスク:乳幼児、妊娠、高齢者、免疫不全者（免疫抑制剤投与等含む）

接触者リスト(案)(医療機関内)

患者氏名: _____
 医療機関名: _____

調査者氏名: _____

ID: _____

感染源・接触者一覧(患者行動調査票を使用して得られた感染源、接触者の両方について記入)

(推定)感染源

接触者リスト(別途健康チェック票 添付3により健康チェックを行う)
 医療関係者等

接触者番号	リスク分類 [※]	よみがな氏名	続柄(関係)	年齢	性別	患者との最終接触日	重症化リスク [¶]	最終接触後21日以内の発症	連絡先(電話番号、メールアドレス等)	備考(接触状況等)
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		

※リスク分類についてはエムボックスに対する積極的疫学調査実施要領(2ページ表1)参照

¶重症化リスク:乳幼児、妊娠、高齢者、免疫不全者(免疫抑制剤投与等含む)

接触者リスト(案)(その他)

患者氏名: _____

調査者氏名: _____

ID: _____

感染源・接触者一覧(患者行動調査票を使用して得られた感染源、接触者の両方について記入)

(推定)感染源

接触者リスト(別途健康チェック票 添付3により健康チェックを行う)

同居世帯・医療関係者以外の接触者

接触者番号	リスク分類 [※]	よみがな氏名	続柄(関係)	年齢	性別	患者との最終接触日	重症化リスク [¶]	最終接触後21日以内の発症	連絡先(電話番号、メールアドレス等)	備考(接触状況等)
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		
	高・中・低					年 月 日	無・有	無・有		

※ リスク分類についてはエムボックスに対する積極的疫学調査実施要領(2ページ表1)参照

¶ 重症化リスク:乳幼児、妊娠、高齢者、免疫不全者(免疫抑制剤投与等含む)

エムボックス患者の接触者における健康チェック票(案)(1枚目)

対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。												
接触者番号:	観察対象者氏名:			住所:	TEL: — —				Email: @			
接触患者氏名:			患者との最終接触日時: 年 月 日 時頃				患者との関係:					
	観察開始日		1日目		2日目		3日目		4日目		5日目	
	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
発熱	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
発疹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
リンパ節腫脹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
背部痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備考												
確認者												

保健所名: _____ 担当者名: _____ 所在地: _____ TEL: — — FAX: — —
 Email _____ @ _____

エムボックス患者の接触者における健康チェック票(案)(2枚目)

対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。												
接触者番号：		観察対象者氏名：		住所：			TEL： — —		Email： @			
接触患者氏名：			患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃				患者との関係：					
	6日目		7日目		8日目		9日目		10日目		11日目	
	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
発熱	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
発疹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
リンパ節腫脹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
背部痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備考												
確認者												

保健所名： _____ 担当者名： _____ 所在地： _____ TEL： — — FAX： — —
 Email _____ @ _____

エムボックス患者の接触者における健康チェック票(案)(3枚目)

対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。												
接触者番号：		観察対象者氏名：		住所：			TEL： — —		Email： @			
接触患者氏名：			患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃				患者との関係：					
	12日目		13日目		14日目		15日目		16日目		17日目	
	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
発熱	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
発疹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
リンパ節腫脹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
背部痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備考												
確認者												

保健所名： _____ 担当者名： _____ 所在地： _____ TEL： — — FAX： — —
 Email _____ @ _____

エムボックス患者の接触者における健康チェック票(案)(4枚目)

対象者は注意深く1日2回健康チェックを実施し、体調の異変を感じた場合には、保健所へ連絡するようにしてください。健康チェックは、患者との最終接触日から21日目まで実施してください。												
接触者番号：		観察対象者氏名：			住所：			TEL： — —		Email： @		
接触患者氏名：			患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃				患者との関係：					
	18日目		19日目		20日目		21日目					
	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)	(朝)	(夕)				
日付	/	/	/	/	/	/	/	/				
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃				
発熱	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有				
発疹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有				
リンパ節腫脹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有				
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有				
背部痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有				
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有				
その他()	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有				
備考												
確認者												

保健所名： _____ 担当者名： _____ 所在地： _____ TEL： — — FAX： — —
 Email _____ @ _____