

_____保健所長 殿

中東呼吸器症候群 (MERS) について

標記について、下記の通り中東呼吸器症候群 (MERS) を疑う症例を診療したので情報提供します。

<患者について (任意) >

居住市町村名：(_____) 都・道・府・県 (_____) 市・町・村
 性別：(男 ・女) 年齢：(_____) 歳 職業：(_____)
 基礎疾患：(_____)

<患者の履歴 (分かる限りで) >

帰国日・入国日：H (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日 渡航先 (地域)：(_____)
 発症日：H (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日
 入院日 (救急搬送日)：H (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日

<現在の症状等 (分かる限りで) >

症 状： 発熱 (_____) °C 咳 咳以外の急性呼吸器症状 (_____)
 臨床的または放射線学的な実質性肺病変 (重症肺炎 ・ ARDS ・他 (_____))
 その他 (_____)
 治療状況：(_____)
 検体の有無： 有⇒ (種類： _____ 採取時期： _____)、 無⇒ (採取予定： _____)
 他に疑われる感染症等の検査結果：(_____)

< 情報提供を求める患者の要件 (入力必須かつア、イ又はウの要件に合致する場合に要情報提供) >

◇ チェック項目

ア (下記2項目を全て満たす者)

	発熱と急性呼吸器症状があること (以下①～③の要件に全て該当する重症例に限る)
/	① 38°C以上の発熱と咳を伴う急性呼吸器症状がある
/	② 臨床的又は放射線学的に実質性肺病変 (例：肺炎又はARDS) が疑われる
/	③ 他の感染症による又は他の病因によることが明らかな場合ではない
	発症前14日以内に対象地域*への渡航又は居住歴があること

*対象地域：アラビア半島又はその周辺諸国

イ (下記2項目を全て満たす者)

	発熱と急性呼吸器症状 (軽症の場合を含む) があること (ただし、他の感染症による又は他の病因によることが明らかな場合ではないこと)
	発症前14日以内に対象地域*において、医療機関を受診又は訪問した、MERS 確定例との接触歴がある、あるいはラクダとの濃厚接触歴 (例：未殺菌乳の喫食) がある

ウ (下記2項目を全て満たす者)

	発熱と急性呼吸器症状 (軽症の場合を含む) があること (ただし、他の感染症による又は他の病因によることが明らかな場合ではないこと)
	発症前14日以内に、MERS が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの、同居していたもの又はMERS が疑われる患者の気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接接触したもの

<追加検査 (要件合致の場合には地方衛生研究所において、以下の検査実施を検討) >

・遺伝子検査 (リアルタイム PCR) :

※陽性であれば、感染研へ検査依頼

医療機関名：	医 師 名：
住 所：	診 療 科：
電 話 番 号：	FAX 番 号：