

平成27年〇月〇日

厚生労働省健康局結核感染症課 宛て

〇〇県〇〇部〇〇課

中東呼吸器症候群 (MERS) 疑い患者について

下記のとおり中東呼吸器症候群 (MERS) に感染した疑いのある患者について、これから〇〇研究所において検査を実施するため、その旨情報提供します。

記

平成27年〇月〇日(〇)〇〇保健所管内〇〇病院から連絡

<患者について (任意) >

〇〇市 (区・町) 在住

性別: 〇性

年齢: 〇歳

職業:

基礎疾患:

<患者の履歴 (分かる限りで) >

H27.〇.〇~〇.〇. (〇〇に滞在)

現地での行動歴 (病院の訪問歴、動物との接触歴等):

H27.〇.〇~ (帰国 or 日本入国)

H27.〇.〇~ (症状・発症日)

入院日 (救急搬送日): H27年〇月〇日

<現在の症状等 (分かる限りで) >

現在の症状 (分かる限り細かく):

治療状況 (分かる限り細かく):

他に疑われる感染症等の検査結果:

<MERS 診断検査>

検査実施機関:

検体の種類:

検査結果判明予定時刻: