百日咳患者調査票

※可能な範囲での記載をお願いします。

（連絡先）
〒070－8525 旭川市7条通9丁目総合庁舎4階
旭川市保健所 保健予防課 感染症対策係
電話 ： 0166－25－9848（直通）
FAX ： 0166－26－7733

年齢	歳	性別	男 性 ・ 女 性
居住地	1．旭川市内（ 地区） 2．旭川市外（ 市町村）	勤務先又は学校等	1．勤務先名（ ） 2．学校名（ ） 学年（ 年 組） 3．その他（ ）幼稚園・保育園 （ 組）
抗菌薬での治療状況	1．抗菌薬の使用 （ あり ・ なし ） 2．抗菌薬の処方期間 （ 月 日から, 日間分 ） 3．処方した抗菌薬名 （ ）		
周囲の有症状者の有無	1．いる ⟶ (1) どなたですか （ 同居家族 ・ 所属する集団内 ・ その他（ ）） 2．いない		
周囲の接触者への対応	1．同居家族内に百日咳の予防接種をしていない乳幼児はいますか （ いる ・ いない ・ 不明 ） 2．周囲の有症状者への受診勧奨について説明されていますか（今後の発症についての説明も含む。） （ 説明している ・ 説明していない ・ 対象者が不明 ）		
医療機関名			
備考			

FAXによる送付　FAX:0166－26－7733