

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10丁目第二庁舎
旭川市保健所 健康推進課 保健予防係
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

