

新				旧			
茨城県感染症発生動向調査事業検査指針				茨城県感染症発生動向調査事業検査指針			
<p>本指針は、茨城県感染症発生動向調査事業実施要項に基づき、病原体定点調査対象感染症における病原体の微生物学的検査の実施方法等について定める。</p> <p>1 病原体検査の対象感染症及び検体</p> <p>病原体定点において、病原体検査のための検体は以下のとおりとする。</p>				<p>本指針は、茨城県感染症発生動向調査事業実施要項に基づき、病原体定点調査対象感染症における病原体の微生物学的検査の実施方法等について定める。</p> <p>1 病原体検査の対象感染症及び検体</p> <p>病原体定点において、病原体検査のための検体は以下のとおりとする。</p>			
病原体定点区分	対象疾病名	検体	検査区分	病原体定点区分	対象疾病名	検体	検査区分
小児科	(87)RS ウイルス感染症	鼻腔拭い液（咽頭拭い液でも可）	ウイルス検査	小児科	(86)RS ウイルス感染症	鼻腔拭い液（咽頭拭い液でも可）	ウイルス検査
	(88)咽頭結膜熱	咽頭拭い液または結膜拭い液	ウイルス検査		(87)咽頭結膜熱	咽頭拭い液または結膜拭い液	ウイルス検査
	(89)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	咽頭拭い液	細菌検査		(88)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	咽頭拭い液	細菌検査
	(90)感染性胃腸炎	ふん便	ウイルス検査・細菌検査		(89)感染性胃腸炎	ふん便	ウイルス検査・細菌検査
	(91)水痘	咽頭拭い液（水泡液も可）	ウイルス検査		(90)水痘	咽頭拭い液（水泡液も可）	ウイルス検査
	(92)手足口病	咽頭拭い液	ウイルス検査		(91)手足口病	咽頭拭い液	ウイルス検査
	(93)伝染性紅斑	全血または血清	ウイルス検査		(92)伝染性紅斑	全血または血清	ウイルス検査
	(94)突発性発しん	全血または血清	ウイルス検査		(93)突発性発しん	全血または血清	ウイルス検査
	(95)ヘルパンギーナ	咽頭拭い液または糞便	ウイルス検査		(94)百日咳	鼻腔拭い液	細菌検査
	(96)流行性耳下腺炎	咽頭拭い液	ウイルス検査		(95)ヘルパンギーナ	咽頭拭い液または糞便	ウイルス検査
インフルエンザ	(97)インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)	鼻腔ぬぐい液（咽頭ぬぐい液でも可）	ウイルス検査	インフルエンザ	(97)インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)	鼻腔ぬぐい液（咽頭ぬぐい液でも可）	ウイルス検査
	眼科	(98)急性出血性結膜炎	結膜ぬぐい液		ウイルス検査	眼科	(98)急性出血性結膜炎
(99)流行性角結膜炎		結膜ぬぐい液	ウイルス検査	(99)流行性角結膜炎	結膜ぬぐい液		ウイルス検査
基幹	(89)感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの	ふん便	ウイルス検査	基幹	(89)感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの	ふん便	ウイルス検査
	(105)細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く）	髄液、咽頭ぬぐい液	細菌検査		(105)細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く）	髄液、咽頭ぬぐい液	細菌検査
	(108)無菌性髄膜炎	髄液、血清、咽頭ぬぐい液、ふん便	ウイルス検査		(108)無菌性髄膜炎	髄液、血清、咽頭ぬぐい液、ふん便	ウイルス検査

5 検査票（病原体）の記入

- (1) 病原体定点の医師は、検体を採取する場合は、(別記様式)「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）」を詳細に記入すること。
- (2) 検体を衛生研究所に送付する場合は、検査票を必ず添付すること。

6～7 (略)

8 その他

- (1) 病原体検査に係る書類及び検体採取容器等は、衛生研究所から医療機関へ送付すること。
 - ① 検体送付表（様式1）
 - ② (別記様式)「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）」記入用紙
 - ③ 説明文及び承諾書（様式2）
 - ④ 検体採取容器、綿棒及び糞便用滅菌容器
*滅菌容器等は、各医療機関で使用しているものでも支障ないこと。
- (2) 衛生研究所から送付されたウイルス検査用の保存液入り容器は、冷蔵庫に保存すること。
- (3) 検体の保存・搬送に当たっては「特定病原体等の安全運搬マニュアル（厚生労働省健康局結核感染症課）」、「茨城県感染症事務マニュアルの「検体の保存・搬送」」を参考にすること。

[改定]

平成24年4月1日
平成26年4月1日
平成26年9月19日
平成27年1月21日
平成28年4月1日
平成30年1月1日

5 検査票（病原体）の記入

- (1) 病原体定点の医師は、検体を採取する場合は、(別記様式)「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）」をわかる範囲で詳細に記入すること。
- (2) 検体を衛生研究所に送付する場合は、検査票を必ず添付すること。

6～7 (略)

8 その他

- (1) 病原体検査に係る書類及び検体採取容器等は、衛生研究所から医療機関へ送付すること。
 - ① 検体送付表（様式1）
 - ② (別記様式)「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）」記入用紙
 - ③ 説明文及び承諾書（様式2）
 - ④ 検体採取容器、綿棒及び糞便用滅菌容器
*滅菌容器等は、各医療機関で使用しているものでも支障ないこと。
- (2) 送付された検体容器のうち、ウイルス検査用の保存液入り容器は冷蔵庫に保存すること。なお、細菌検査用の保存液入り容器は、常温保存でよいこと。
- (3) 検体の保存・搬送に当たっては「特定病原体等の安全運搬マニュアル（厚生労働省健康局結核感染症課）」、「茨城県感染症事務マニュアルの「検体の保存・搬送」」を参考にすること。

[改定]

平成24年4月1日
平成26年4月1日
平成26年9月19日
平成27年1月21日
平成28年4月1日

(様式1)
茨城県衛生研究所長 殿

医療機関（保健所）名
（電話番号）

病 原 体 検 査 送 付 書

以下のとおり送付します。

検体送付日	平成 年 月 日
担当医師名	注：担当医師名は、衛生研究所から問い合わせをすることがありますので必ずご記入ください。
検査対象疾患	<input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> A群溶血性連鎖球菌 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌，髄膜炎菌，肺炎球菌を原因として同定された場合を除く）
検査材料及び 検体数	<input type="checkbox"/> 咽頭拭い液（ ）検体 <input type="checkbox"/> その他（ ）検体 <input type="checkbox"/> 鼻腔拭い液（ ）検体 <input type="checkbox"/> 結膜拭い液（ ）検体 <input type="checkbox"/> 血 清（ ）検体 <input type="checkbox"/> 髄 液（ ）検体 <input type="checkbox"/> ふん便（ ）検体 <input type="checkbox"/> 全 血（ ）検体
添付書類	<input type="checkbox"/> 検査票（病原体） <input type="checkbox"/> 承諾書 注：検査票と承諾書は必ず添付してください。
結果報告の方法	<input type="checkbox"/> TEL（番号： ） <input type="checkbox"/> E-mail（アドレス： ）
その他の参考 事項	

(様式1)
茨城県衛生研究所長 殿

医療機関（保健所）名
（電話番号）

病 原 体 検 査 送 付 書

以下のとおり送付します。

検体送付日	平成 年 月 日
担当医師名	注：担当医師名は、衛生研究所から問い合わせをすることがありますので必ずご記入ください。
検査対象疾患	<input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> A群溶血性連鎖球菌 <input type="checkbox"/> <u>百日咳</u> <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌，髄膜炎菌，肺炎球菌を原因として同定された場合を除く）
検査材料及び 検体数	<input type="checkbox"/> 咽頭拭い液（ ）検体 <input type="checkbox"/> その他（ ）検体 <input type="checkbox"/> 鼻腔拭い液（ ）検体 <input type="checkbox"/> 結膜拭い液（ ）検体 <input type="checkbox"/> 血 清（ ）検体 <input type="checkbox"/> 髄 液（ ）検体 <input type="checkbox"/> ふん便（ ）検体 <input type="checkbox"/> 全 血（ ）検体
添付書類	<input type="checkbox"/> 検査票（病原体） <input type="checkbox"/> 承諾書 注：検査票と承諾書は必ず添付してください。
結果報告の方法	<input type="checkbox"/> TEL（番号： ） <input type="checkbox"/> E-mail（アドレス： ）
その他の参考 事項	

(様式2)

患者さん(ご家族)へ

茨城県保健福祉部保健予防課長

感染症発生動向調査事業に係る病原体検査のお願い

茨城県では、感染症の予防やまん延防止を図るため、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下、「感染症法」という。)に基づき、感染症の発生状況の把握や情報分析などの業務を行っております。

感染症の発生状況を把握するため、本県では、県衛生研究所において感染症の原因となる病原体の検査を実施しております。(本県衛生研究所で実施不可能な検査は、他都道府県の衛生研究所あるいは、国立感染症研究所で実施しております。)

県では、患者の皆様がこの業務の意義と重要性をご理解いただき、主治医を通じて病原体検査のための「検体(咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液、糞便など)、検体から検出された病原体」及び「診断・治療等に関する情報」の提供をお願いしております。あなたから提供された検体及び検出された病原体に対して、病原体等の検査及び分子疫学解析を行います。

なお、これらを提供していただくことに関し、以下の点について固くお約束いたします。

- ① ご提供いただいた検体等については、感染症法に基づく検査に使用します。
- ② 検査結果は、集計・解析されたのちに、感染症の発生状況の把握や感染症対策及び公衆衛生に役立てるための研究等に利用されますが、検体等をご提供いただいた個人が特定されることのないようにするとともに、個人情報情報は固く守ります。
- ③ 検体提供に御協力がいただけない場合にも、あなたに何らの不利益を被ることはありません。あなたの自由意志に委ねられます。

検査結果につきましては、患者の皆様の治療に役立てていただくため、主治医にご連絡いたしますので、ご説明をお受けください。

上記の事項について、主治医から十分な説明を受け、その上でご協力をいただける方は、下記の承諾書にご記入願います。

切り取り線

病原体検査のための検体等の提供に関する承諾書

(□にチェックを入れて下さい)

検体の提供及び病原体等の検査の実施(種類)

検体から検出された病原体の提供及び分子疫学解析の実施

診断・治療等に関する情報の提供

感染症対策等に役立てるための研究への使用

について十分な説明を受けましたので、これを承諾します。

平成 年 月 日

茨城県保健福祉部保健予防課長 殿

患者名
保護者(または代諾者)
署名

※医療機関記入欄
患者へ説明し、承諾をお取りいただいた

医師署名

(様式2)

患者さん(ご家族)へ

茨城県保健福祉部保健予防課長

感染症発生動向調査事業に係る病原体検査のお願い

茨城県では、感染症の予防やまん延防止を図るため、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下、「感染症法」という。)に基づき、感染症の発生状況の把握や情報分析などの業務を行っております。

感染症の発生状況を把握するため、本県では、県衛生研究所において感染症の原因となる病原体の検査を実施しております。(本県衛生研究所で実施不可能な検査は、他都道府県の衛生研究所あるいは、国立感染症研究所で実施しております。)

県では、患者の皆様がこの業務の意義と重要性をご理解いただき、主治医を通じて病原体検査のための「検体(咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液、糞便など)、検体から分離された病原体」及び「診断・治療等に関する情報」の提供をお願いしております。あなたから提供された検体及び分離された病原体に対して、病原体等の検査及び分子疫学検査を行います。

なお、これらを提供していただくことに関し、以下の点について固くお約束いたします。

- ① ご提供いただいた検体等については、感染症法に基づいた検査のみに使用します。
- ② 検査結果は、集計・解析されたのちに、感染症の発生状況の把握や感染症対策等に利用されますが、検体等をご提供いただいた個人が特定されることのないようにするとともに、個人情報は固く守ります。
- ③ 検体提供に御協力がいただけない場合にも、あなたに何らの不利益を被ることはありません。あなたの自由意志に委ねられます。

検査結果につきましては、患者の皆様の治療に役立てていただくため、主治医にご連絡いたしますので、ご説明をお受けください。

上記の事項について、主治医から十分な説明を受け、その上でご協力をいただける方は、下記の承諾書にご記入願います。

切り取り線

病原体検査のための検体等の提供に関する承諾書

(□にチェックを入れて下さい)

検体の提供及び病原体等の検査(種類)

検体から分離された病原体の提供及び分子疫学解析検査

診断・治療等に関する情報の提供

について十分な説明を受けましたので、これを承諾します。

平成 年 月 日

茨城県保健福祉部保健予防課長 殿

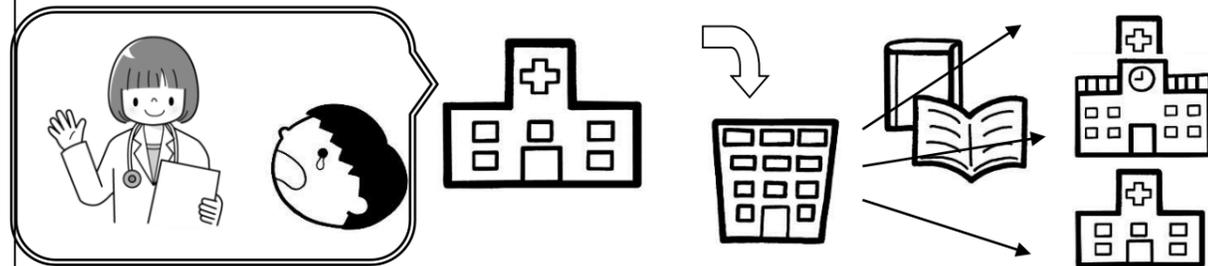
患者名
保護者(または代諾者)
署名

※医療機関記入欄
患者へ説明し、承諾をお取りいただいた

医師署名

検査に御協力下さい

茨城県では、感染症の予防やまん延防止を図るため、県衛生研究所において感染症の原因となる病原体の検査を実施しております。(本県衛生研究所で実施不可能な検査は、他都道府県の衛生研究所あるいは、国立感染症研究所で実施します。)



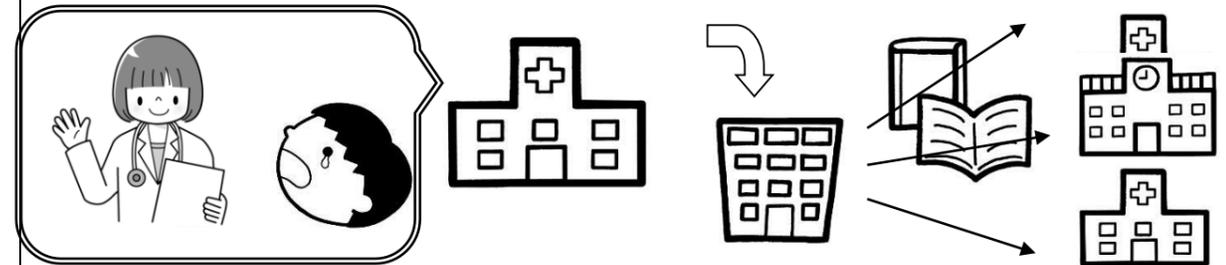
県では、患者の皆様はこの意義と重要性をご理解いただき、主治医を通じて病原体検査のための「検体(咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液、便など)、検体から検出された病原体」及び「診断・治療等に関する情報」の提供をお願いしております。あなたから提供された検体及び検出された病原体等に対して、病原体等の検査及び分子疫学解析を行います。

検査結果は、集計・解析され、感染症の発生状況の把握や感染症対策及び公衆衛生に役立てるための研究等に利用されます。(検体等をご提供いただいた個人が特定されることのないようにするとともに、個人情報情報は固く守ります。)

検査結果につきましては、患者の皆様の治療に役立てていただくため、主治医にご連絡いたしますので、ご説明をお受けください。

検査に御協力下さい

茨城県では、感染症の予防やまん延防止を図るため、県衛生研究所において感染症の原因となる病原体の検査を実施しております。(本県衛生研究所で実施不可能な検査は、他都道府県の衛生研究所あるいは、国立感染症研究所で実施します。)



県では、患者の皆様はこの意義と重要性をご理解いただき、主治医を通じて病原体検査のための「検体(咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液、便など)、検体から分離された病原体」及び「診断・治療等に関する情報」の提供をお願いしております。あなたから提供された検体及び分離された病原体に対して、病原体等の検査及び分子疫学検査を行います。

検査結果は、集計・解析され、感染症の発生状況の把握や感染症対策等に利用されます。(検体等をご提供いただいた個人が特定されることのないようにするとともに、個人情報情報は固く守ります。)

検査結果につきましては、患者の皆様の治療に役立てていただくため、主治医にご連絡いたしますので、ご説明をお受けください。

(様式3)

衛第 号
平成 年 月 日

医療機関の長 殿

茨城県衛生研究所長

病原体検査成績書

平成 年 月 日に依頼のあった検体の検査結果については、下記のとおりです。
記

検査の目的	<input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> A群溶血性連鎖球菌 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌, 髄膜炎菌, 肺炎球菌を原因として同定された場合を除く)
検査材料及び検査件数	<input type="checkbox"/> 咽頭拭い液 () 検体 <input type="checkbox"/> その他 () 検体 <input type="checkbox"/> 鼻腔拭い液 () 検体 <input type="checkbox"/> 結膜拭い液 () 検体 <input type="checkbox"/> 血清 () 検体 <input type="checkbox"/> 髄液 () 検体 <input type="checkbox"/> ふん便 () 検体 <input type="checkbox"/> 全血 () 検体
検体提供者名 検体名	別添検査結果のとおり
その他参考となる事項	

(様式3)

衛第 号
平成 年 月 日

医療機関の長 殿

茨城県衛生研究所長

病原体検査成績書

平成 年 月 日に依頼のあった検体の検査結果については、下記のとおりです。
記

検査の目的	<input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> A群溶血性連鎖球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌, 髄膜炎菌, 肺炎球菌を原因として同定された場合を除く)
検査材料及び検査件数	<input type="checkbox"/> 咽頭拭い液 () 検体 <input type="checkbox"/> その他 () 検体 <input type="checkbox"/> 鼻腔拭い液 () 検体 <input type="checkbox"/> 結膜拭い液 () 検体 <input type="checkbox"/> 血清 () 検体 <input type="checkbox"/> 髄液 () 検体 <input type="checkbox"/> ふん便 () 検体 <input type="checkbox"/> 全血 () 検体
検体提供者名 検体名	別添検査結果のとおり
その他参考となる事項	

