

梅毒 調査票

【参考様式】

連絡先 ()

聞き取り者 () 聞き取り相手 ()

	届出日	年 月 日	聞き取り日	年 月 日
医療機関情報	診断日	年 月 日	初診日	年 月 日
	感染したと推定される日	年 月 日	発病日	年 月 日
	医療機関名			
	診断医師		診療科	
患者情報	年齢	歳 (0歳児は月齢)	性別	男性 / 女性
	職業		妊娠の有無	あり / なし / 不明
	既往歴	梅毒(あり 時期_____ 症状_____ / なし / 不明)		その他の性感染症()
		その他の疾患()	特定のパートナー	あり(1人/複数/不明) / なし / 不明
診断	病型	早期Ⅰ期 / 早期Ⅱ期 / 晩期顕症梅毒 / 先天梅毒 / 無症候		
	診断方法	<input type="checkbox"/> 墨汁法、ギムザ染色などの染色法による発疹からの病原体の検出 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応 (1) カルジオリピンを抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 (RPRカードテスト、凝集法、ガラス板法、自動化法) (2) T. pallidumを抗原とする次のいずれかの検査で陽性 (TPHA法/TPLA法/FTA-ABS法)		
	検査理由	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 定期的な検査/スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 妊娠時の検査 <input type="checkbox"/> 梅毒感染者との性行為 (同性 / 異性 / 不明) <input type="checkbox"/> 梅毒既往による <input type="checkbox"/> その他 () <hr/> <input type="checkbox"/> 本人が梅毒を疑っていた / <input type="checkbox"/> 本人は梅毒を疑っていなかった(知らなかった) / <input type="checkbox"/> 不明		
症状 (あてはまるものに○)	症状の出現時期	年 月 ころ	無症候性梅毒	症状なし
	第1期	初期硬結 / 硬性下疳 / 鼠径部リンパ節腫脹		部位()
	第2期	丘疹性梅毒疹 / 梅毒性バラ疹 / 梅毒性乾癬 / その他		部位()
	晩期	結節性梅毒疹 / ゴム腫 / その他		部位()
	先天性梅毒	()		
感染経路	針・鋭利なもの		静注薬物使用	
	性的接触	異性 / 同性 / 不明 (パートナー / 風俗店の利用など)	輸血・血液製剤	
	母子感染		その他	
感染した地域	日本国内	岡山市内 / 岡山県内 市町村 / 岡山県外()		不明
	国外	(国名 詳細地域)		不明
リスク	90日以内の性交渉	あり / なし	→1期、2期梅毒、感染後1年以内の無症候性梅毒はパートナーの梅毒検査必要→勧めてもらう	
他のSTD検査	HIV	未実施 / 実施 (結果:)	B型肝炎	未実施 / 実施 (結果:)
	その他(クラミジア、淋菌など)	クラミジア() 淋菌() その他()		→HIV、B肝未実施の場合はリスクに応じて検査を勧めてもらう
パートナーの検査	梅毒	未実施(勧奨した/せず) / 実施 (結果:)		→未実施・未勧奨の場合はリスクに応じて検査を勧めてもらう
治療	現在の治療内容	エクセル入力済み <input type="checkbox"/>		
受診	受診経過	<input type="checkbox"/> 他院への受診経過あり (他院では診断に至らなかった等) : 月頃 科へ受診		