疥癬　調査票（No.　　）

施設名：
連絡先：
担当者：　　（職種：　　）

FAX送信票　宛先：江東区保健所　保健予防課　FAX（3647）7068

No.	名前[ｲﾆｼｬﾙ可] 性別 （年齢）	部屋 /職種	基礎疾患 ＡＤＬ	主な症状 (症状出現日)	診断日 診断名 医療機関名	処方・ 指示など	月/日　（症状と治療の経過）																												備考
							/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
1					疥癬 ・ 疥癬疑 その他（　　）																														
2					疥癬 ・ 疥癬疑 その他（　　）																														
3					疥癬 ・ 疥癬疑 その他（　　）																														
4					疥癬 ・ 疥癬疑 その他（　　）																														
5					疥癬 ・ 疥癬疑 その他（　　）																														
6					疥癬 ・ 疥癬疑 その他（　　）																														
7					疥癬 ・ 疥癬疑 その他（　　）																														

ページ目/　　枚中

【記入上の注意】・発疹、かゆみの症状のある方全員について記入をしてください（受診・診断の有無を問いません）
・症状出現日は、初めて症状に気づいた日を記入します。
【 表記の方法 】　有症状→「○」、受診・診察→「診」、内服→「内」、外用→「外」