

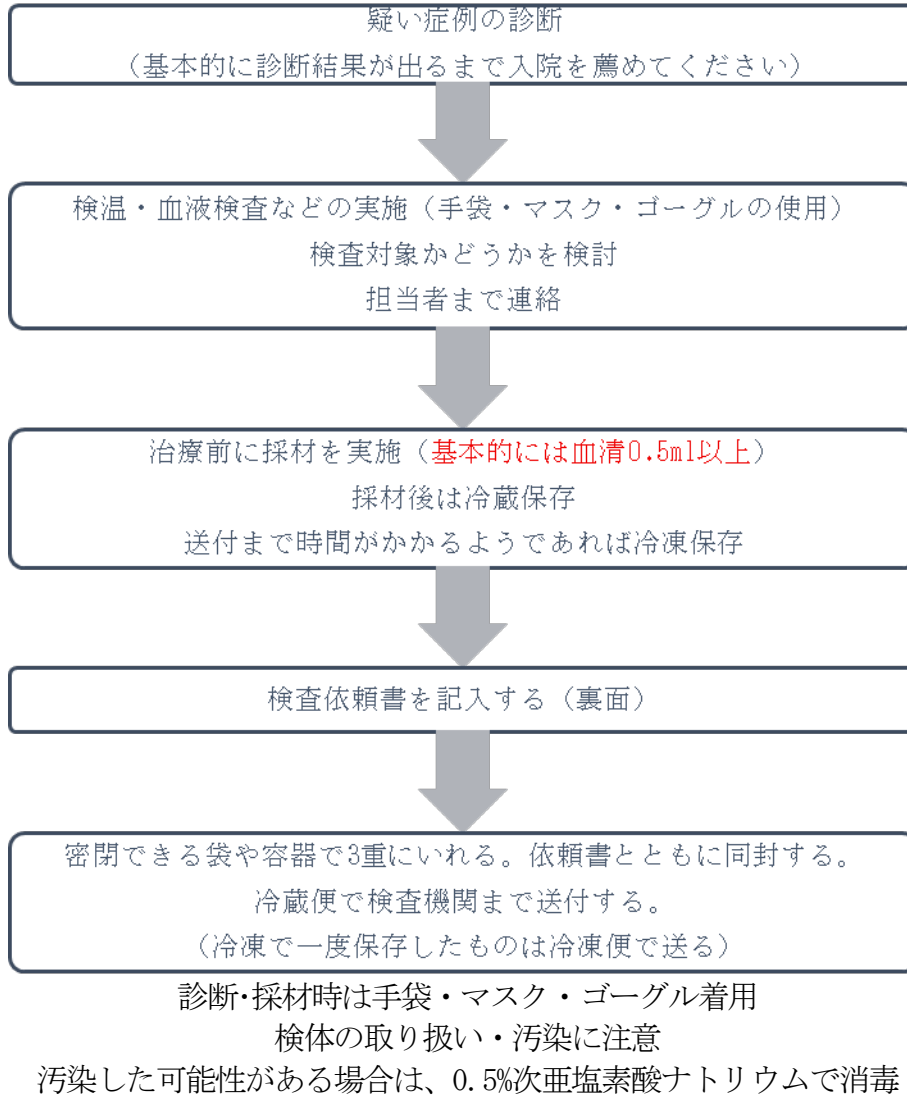
SFTS 検査依頼に関して

(個別に事前に前田 (maeda.ke@jihs.go.jp) まで相談していただくことも可能)

検査推奨項目とこれまでの症例の傾向

発熱	白血球減少	血小板減少	肝酵素上昇	CK 上昇
T-Bil 上昇 (ネコのみ)	黄疸 (ネコのみ)	嘔吐	消化器症状	

SFTS 検査依頼の仕方のフローチャート



感染リスクが高い事例

発症動物に咬まれた場合

体液・排泄物に汚染された鋭利器材で受傷した場合

体液・排泄物によって粘膜や損傷した皮膚が汚染された場合

感染したか不安な場合

体温測定など 14 日間程度体調管理。発熱などの異常があれば医師に相談

飼い主への指導

発症動物と最後に接触した後、体温測定など 14 日間程度の体調管理。

発熱などの異常があれば医師に相談

• SFTS 検査依頼書

下記に記入し郵送願います。(□に✓、必要な部分には詳細記載)

国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所獣医科学部 前田健 宛 (E-mail:maeda.ke@jihs.go.jp)
〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1 電話 03-4582-2750(直通)

依頼病院名		担当者名	
住所 (連絡先)	〒		
	TEL:	FAX:	
	Email:		

検体の種類	<input type="checkbox"/> 血清	<input type="checkbox"/> スワブ (<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 肛門)
検体採取日	年 月 日	

患者(動物)の名前		居住地	都道府県:	市町村:
動物種	<input type="checkbox"/> 犬(種類:) <input type="checkbox"/> 猫(種類:) <input type="checkbox"/> その他()			
年齢	歳	ヵ月齢	体重: kg	性別:
飼育環境	<input type="checkbox"/> 室内のみ <input type="checkbox"/> 室内および屋外 <input type="checkbox"/> 主に屋外			
マダニの寄生	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去有(年 月頃?)			
ノミ・マダニ予防薬 投与歴	最近の投与		製品名	
	年	月 日		
ワクチン接種歴	接種年月日(最近)		製品名	
	年	月 日		
発症年月日	年 月 日			
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 白血球数減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐) <input type="checkbox"/> 元気・食欲低下 <input type="checkbox"/> その他 ()			

検査データ	発病初期 (月 日)	現在 (月 日)
発熱 (°C)		
赤血球 (μL)		
白血球 (μL)		
血小板 (μL)		
ALT(GPT) (IU/L)		
AST(GOT) (IU/L)		
CPK(CK) (IU/L)		
T. Bil (mg/dL)		
その他 ()		
その他 ()		
その他 ()		

発症からの経過 気付いた点	
------------------	--