

令和元年11月29日

富山市医師会長  
吉山 泉 様

富山市保健所長 元井 勇  
( 公 印 省 略 )

麻疹の疑いのある方の診療について (依頼)

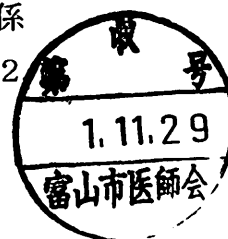
このたび富山市内で麻疹患者が発生しました。  
今後、感染が拡大する可能性があることから、下記の点にご協力いただきますよう、  
貴会員に周知いただきたく、よろしく願いいたします。

記

- 1 発熱や発疹を呈する接触者を診察された際は、麻疹を考慮した診療をお願いします。  
・予防接種歴、罹患歴、曝露歴、旅行歴等をご確認ください。
- 2 麻疹を疑われた場合は、必ずウイルス学的な確定診断の実施をお願いします。  
血液 (全血)、咽頭ぬぐい液、尿の検体を採取し、富山市保健所に連絡してください。  
なお、検体採取方法に関しましては、  
別添「麻疹・風疹ウイルス PCR 用の検体採取方法」をご参照ください。

担当；富山市保健所 保健予防課  
結核・感染症係

076-428-1152



# 麻しん・風しんウイルス PCR 用の検体採取方法

## 1. 検査材料と採取方法

### 咽頭拭い液

滅菌綿棒で咽頭部上皮の細胞を擦り取り、ブイヨン、PBS、生理食塩水などの入った滅菌試験管内に綿棒を入れ、綿棒の先が浸った状態で保存してください。

\*輸送用培地に、ウイルス検査用培地（市販）を用いることは可能ですが、細菌検査用培地（市販）は不可です。培地の量は、多いとウイルスの濃度が薄まり、少ないとスワブが乾きウイルス量が減少しますので2mL程度でお願いします。

### 全血

5mL（ヘパリンはPCRの反応を阻害するため、抗凝固剤はEDTAを使用してください。また、分離剤の入っていない採血管の使用をお願いします。）

### 尿

3mL

## 2. 検体採取時の注意事項

- ・検体材料は、可能な限り発症して早い時期、抗ウイルス薬等の投与前に採取し、無菌的に容器に採取してください。
- ・検体には、患者氏名をマジックなどで記入してください。

## 3. 輸送および保存方法

- ・採取した検査材料を48時間以内に衛生研究所に輸送できる場合は冷蔵(4℃)で保管、輸送してください。
- ・48時間以内に輸送出来ない場合、咽頭拭い液と尿は、凍結保存してください。凍結した場合は、保冷材等を凍結させて輸送時に同梱包し、輸送中に検査材料が溶解しないように注意してください。全血は凍結させずに冷蔵(4℃)で保存し、輸送してください。

## 4. 検査依頼時に添付する情報

- ・病原体検査票(別記様式：一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症及び五類感染症、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〕)に検査材料に関する情報をご記入の上、検体に添付してください。

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）

患者	氏名	性別	(男・女)	職業等	職場・学校名( )	保護者名	
	住所	生年月日(年齢)		M・T・S・H	年 月 日(歳 カ月)	連絡先	

[主治医等記載欄]

医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)		
検体送付日	年 月 日	
診断名		
発病日	年 月 日	
採取日	年 月 日	
検査材料の種類 [該当するものを一つを○で囲んで下さい]	・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・唾液 ・尿 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他____) ・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・陰部尿道頭管擦過物/分泌物 ・細胞診、生検、剖検材料(臓器) ・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[____]) ・その他[____]	
	・無症状 ・発熱(最高 ____℃) ・関節痛、筋肉痛 ・口内炎、上気道炎、下気道炎(肺炎、気管支炎) ・発しん(水疱、丘しん、紅斑、バラしん)、出血傾向 ・リンパ節腫脹、腫脹(部位____)、浮腫(部位____) ・ショック症状(低血圧、循環不全) ・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) [____]	・胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・髄膜炎、意識障害、麻痺(部位____)、中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、その他____) ・循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ・黄疸 ・肝機能障害 ・腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) ・尿路生殖器症状
臨床的徴候等 [該当するものを全てを○で囲んで下さい] (基礎疾患を除く)		
基礎疾患		
転帰	経過観察中、軽快、治癒、死亡(原因____)	

主治医等から衛生研究所への連絡事項

投与開始日 年 月 日(予防投与・治療投与)

[保健所等記載欄](主治医記載可)

発生の状況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生(無、有) ・集団発生(無、有) 有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舍・寮、病院、老人ホーム、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、その他[____])	
最近の海外渡航歴	国名	
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
ワクチン接種歴	最近の接種年月日 年 月 日	

[地方衛生研究所記載欄]

記載者名		
判定年月日	年 月 日	
抗体検出	方法	(蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他____)
	結果	
病原体検出	方法	・分離培養(培養細胞:細胞名[____]) 人工培地、発育鶏卵、動物、その他____ ・抗原検出等(電顕、鏡検、蛍光、EIA、凝集反応、その他____) ・遺伝子検出(1.非増幅[ハイブリ、PAGE、その他____]) 2.増幅[PCR、PCR+ハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[____]]
	検出病原体(群、型、亜型)	

[その他特記事項]

注1)主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注2)ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。