



(公印省略)

21久保第2032号
平成21年6月17日

管内各医師会長 殿

福岡県久留米保健福祉環境事務所長
(健康対策課)

新型インフルエンザの検体検査について(依頼)

日頃から保健福祉行政の推進に御理解と御協力を頂き、感謝申し上げます。

さて、福岡市において新型インフルエンザ患者の集団発生等が見られるなどの状況を受け、福岡県では、インフルエンザ定点医療機関で行っている対応を県域全体の医療機関へ拡大することになりました。

つきましては、当所は、各医療機関でインフルエンザと診断され、かつ、インフルエンザ迅速診断キットでA型陽性の者に対して、別紙要領に基づき、検体検査を実施しますので、貴会員への周知につきましてご協力いただきますようお願いいたします。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 毛利康茂
新型インフルエンザ対策委員会
会長 丸山 泉

(公印省略)

21久保第2032号

平成21年6月17日

各医療機関管理者 殿

福岡県久留米保健福祉環境事務所長

(健康対策課)

新型インフルエンザの検体検査について(依頼)

日頃から保健福祉行政の推進に御理解と御協力を頂き、感謝申し上げます。

さて、福岡市において新型インフルエンザ患者の集団発生等が見られるなどの状況を受け、福岡県では、インフルエンザ定点医療機関で行っている対応を県域全体の医療機関へ拡大することになりました。

つきましては、当所は、各医療機関でインフルエンザと診断され、かつ、インフルエンザ迅速診断キットでA型陽性の者に対して、別紙要領に基づき、検体検査を実施しますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

なお、各医療機関では、上記の患者がありましたら、当所にご連絡いただき、インフルエンザ迅速検査とは別に検体(鼻腔ぬぐい液もしくは咽頭ぬぐい液)を採取していただくこととなりますが、当所にあります輸送用培地(VTM培地)に入れる必要があります。

貴院からご連絡いただき、当所から輸送用培地をお届けしてから検体採取をしていただく場合、患者にその間待っていただくこととなりますが、当所からみなさまのところに輸送用培地を事前配布させていただければ、患者の負担は軽減されるのではと考えております。

貴院が輸送用培地の事前配布を希望される場合は、別紙の事前配布希望票に必要事項を記載し、平成21年6月23日(火)までにファクシミリで当所に送付いただきますよう併せてお願いいたします。

なお、輸送用培地の事前配布の本数や時期につきましては、希望された医療機関ごとにお知らせする予定としております。

<連絡先>

久留米保健福祉環境事務所

健康対策課

電話 0942-30-1054

FAX 0942-37-1973

久留米保健福祉環境事務所新型インフルエンザ検体検査実施要領

1 目的

新型インフルエンザ患者県内発生に伴い、感染拡大防止および患者の早期発見を目的として、現在インフルエンザ定点医療機関で行っている検体検査を、管内全体の医療機関に拡大するもの。

2 対象者

管内医療機関でインフルエンザと診断され、かつ、インフルエンザ迅速診断キットでA型陽性の者。（B型の結果に関わらずA型が陽性の者）

3 検体採取の方法

- (1) 検体輸送用培地（V T M培地）は、久留米保健福祉環境事務所が準備し医療機関に配布する。
- (2) 医療機関は、上記対象者が出た場合は、すみやかに久留米保健福祉環境事務所（連絡先は下記のとおり）電話連絡し、以下のとおり検体を採取・保管する。
- (3) 医療機関は、シールに日付、氏名、年齢、性別を記入し、輸送用培地の入った容器に貼る。
- (4) 医療機関は、綿棒で鼻腔ぬぐい液（採取が難しい場合は、咽頭ぬぐい液）を1本採取し、綿棒を輸送用培地に入れ、余分の綿棒は折り取りふたをする。
- (5) 医療機関は、久留米保健福祉環境事務所が取りにくるまで、検体を冷蔵保存しておく。
- (6) 医療機関は、検体提出時に必要な連絡票等（別紙）を作成しておく。

4 検体搬送

- (1) 久留米保健福祉環境事務所は、医療機関から検体及び連絡票等を受け取り、保健環境研究所に搬送する。（搬入時間は、平日月曜日から金曜日までは、午前11時まで。土曜日は、午後1時頃まで）

5 検体検査及び結果報告

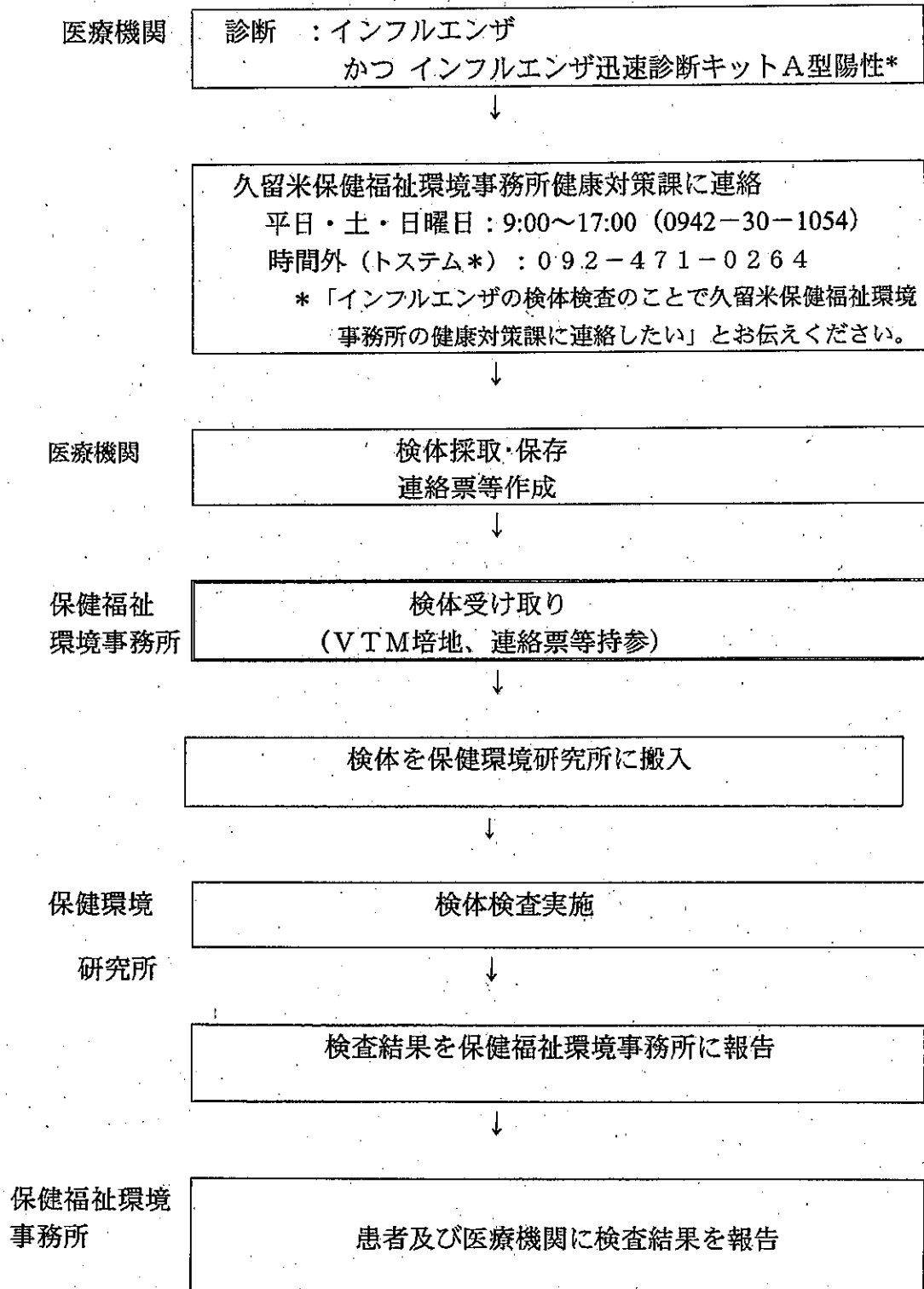
- (1) 検体検査は、保健環境研究所で行う。
- (2) 保健環境研究所は、検査結果を久留米保健福祉環境事務所に報告する。
- (3) 久留米保健福祉環境事務所は、保健環境研究所からの検査結果を、別紙結果書にて医療機関に報告する。

6 その他

この要領は、平成21年6月16日から適用する。

新型インフルエンザ検体検査フローチャート

平成 21 年 6 月 16 日現在



*この票だけをファクシミリで送付いただければ結構です

送付先

福岡県久留米保健福祉環境事務所

健康対策課 鍋山 宛

FAX 0942-37-1973

提出期限 平成21年6月21日(火)

インフルエンザ検体検査 輸送用培地事前配布希望票

当院は、インフルエンザ検体検査の輸送用培地の事前配布を希望します。

医療機関名	
住 所	
＜連絡先＞ ☐ 電話番号 ☐ FAX番号 ☐ E-mail	
担当者氏名	

新型インフルエンザ

連絡様式

送付年月日:平成 年 月 日

送付先: 保健所

報告元	
医療機関名() 医師名:()	
連絡先 電話:() FAX:()	
症例	
患者氏名	
年齢・性別	() 歳 ☐ 男 ☐ 女
症状等	体温: 度 ☐ 鼻水・鼻閉 ☐ 咽頭痛 ☐ 咳 ☐ 突然の発症 ☐ 全身倦怠感などの全身症状 ☐ その他()
上記症状が初めてみられた日 (発症したと考えられる日)	平成 年 月 日
インフルエンザ迅速診断キット	☐ A型陽性 ☐ A型陰性B型陰性
渡航歴・滞在歴(国内外)	☐ 有 ☐ 無 有りの場合:滞在先() 国内の場合、都道府県・市町村() 滞在期間 月 日 — 月 日まで
新型インフルエンザ患者又は新型インフルエンザが疑われる者との接触歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 有りの場合 接触した日時・場所・内容 () (例)一週間以内に一緒に食事をした人が、新型インフルエンザを発症した。
周囲にインフルエンザ様症状を呈する者がいる場合、場所・状況を記載してください	☐ 有 ☐ 無 場所・状況: (例)〇〇小学校の同級生10人にインフルエンザ様症状を呈するものがある。
備考	