

病院・診療所の名称：_____

病院・診療所の所在地：_____

医師の氏名：_____

電話番号：_____

エボラ出血熱疑似症患者について

1 患者情報

氏名	
性別	男・女
生年月日	年 月 日

2 経過（できる限り詳細に）

渡航国・滞在国	
渡航・滞在期間	
現地での行動歴 (患者や動物との接触歴等)	
到着空港名、便名	
乗継便の場合は経由地	
医療機関の受診歴	

3 その他参考事項

--