平成○年○月○日

厚生労働省健康局結核感染症課　宛て

○○県○○部○○課

中東呼吸器症候群（MERS）疑い患者について

下記のとおり中東呼吸器症候群（MERS）に感染した疑いのある患者について、これから○○研究所において検査を実施するため、その旨情報提供します。

記

平成○年○月○日(○)○○保健所管内○○病院から連絡

＜患者について（任意）＞

○○市（区・町）在住

性別：○性

年齢：○歳

職業：

基礎疾患：

＜患者の履歴（分かる限りで）＞

H○.○.○～○.○.（○○に滞在）

　現地での行動歴（病院の訪問歴、動物との接触歴等）：

H○.○.○～（帰国or日本入国）

H○.○.○～（症状・発症日）

入院日（救急搬送日）：H○.○.○

＜現在の症状等（分かる限りで）＞

現在の症状（分かる限り細かく）：

治療状況（分かる限り細かく） ：

他に疑われる感染症等の検査結果：

＜MERS診断検査＞

検査実施機関：

検体の種類：

検査結果判明予定時刻：