

Form 9
書式9

Case Investigation Report
事例調査書

Date of investigation 調査日時	____/____/____(YYYY/MM/DD) (年/月/日) Time : 時間 :	Name of investigation organization 調査者の所属機関名	
Name of investigator 調査者名		Contact number of Investigator 調査者の連絡先	
Reporting medical institution 申告した医療機関		Date of report 申告日	____/____/____(YYYY/MM/DD) (年/月/日)
		Contact number of reporting medical institution 申告した医療機関の連絡先	

1. Personal Information 1. 人的事項		<input type="checkbox"/> Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank. <input type="checkbox"/> 調査対象者の人的事項の記入または該当事項に✓印または記入	
1.1 Name 1.1 氏名		1.2 Nationality (based on the passport) 1.2 国籍(パスポート上)	
1.3 Date of birth 1.3 生年月日	(For foreign nationals, enter passport number) (外国人はパスワード番号)	1.4 Gender and age 1.4 性別及び年齢	<input type="radio"/> Male男 (Age) <input type="radio"/> Female女 (満 歳)
1.5 Occupation 1.5 職業		1.6 Contact number 1.6 連絡先(本人)	
1.7 Name of workplace(School) 1.7 会社名(学校名)		1.8 Contact number (guardian) 1.8 連絡先(保護者)	
1.9 Address 1.9 住所	Address (as shown on the resident registration card): 住民登録上の住所 : Current address: 現住所 :		

2. Current illness 2. 臨床症状		<input type="checkbox"/> Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation <input type="checkbox"/> 症状が発生してから調査時までで該当する臨床症状や徴候に✓印または記入
2.1 Initial symptoms and date of onset 2.1 初期症状の発症日及びその種類	Onset Date of initial symptoms 発症日 : ____/____/____(YYYY/MM/DD)(年/月/日) symptoms 種類:	

<p>2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) 2.2 初期症状の発症日及びその徴候 (該当事項すべてに <input checked="" type="checkbox"/> 印)</p>	<input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> 全身の症状		<input type="checkbox"/> Fever 発熱(°C) <input type="checkbox"/> Chills 発汗 <input type="checkbox"/> Sweats 喉の痛み <input type="checkbox"/> Sore throat 悪寒 <input type="checkbox"/> Cough 咳 <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy リンパ節疾患 (<input type="checkbox"/> Cervical 喉 <input type="checkbox"/> Axillary 脇の下 <input type="checkbox"/> Inguinal 鼠径部 <input type="checkbox"/> Other その他) <input type="checkbox"/> Headache 頭痛 <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) 筋肉痛 <input type="checkbox"/> Back pain 腰痛 <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) 無気力症(虚弱感) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise 疲労 <input type="checkbox"/> Itchiness かゆみ <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis 結膜炎 <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting 嘔吐/吐き気 <input type="checkbox"/> Other その他 ()	
		Date 日時	Onset of symptom 最初の発症日 : ____/____/____(YYYY/MM/DD)(年/月/日) Time 時間:	
		Stage 種類	<input type="checkbox"/> Macules 斑点 <input type="checkbox"/> Papules 丘疹 <input type="checkbox"/> Vesicles 水疱 <input type="checkbox"/> Pustules 膿疱 <input type="checkbox"/> Scabs 痂皮(かさぶた)	
	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) <input type="checkbox"/> 皮膚病変 (発疹)	Area 部位	<input type="checkbox"/> Face 顔面 <input type="checkbox"/> Trunk 胴体 <input type="checkbox"/> Limbs 腕と足 <input type="checkbox"/> Palms of hands 手のひら <input type="checkbox"/> Soles of the feet 足の裏 <input type="checkbox"/> genitals 性器の周囲 <input type="checkbox"/> anal 肛門の周囲 <input type="checkbox"/> Other その他 ()	
		Characteristic 様相	<input type="checkbox"/> Pain 皮膚病変で痛みがある <input type="checkbox"/> Itchiness 皮膚病変でかゆみがある <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. 身体の同一部位の発疹は、大きさと進行段階が類似 (例: 顔の膿疱、足の水疱) <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. 境界がはっきりしていて、へそのように中央がへこんだ形 <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. 出血性の皮膚病変がある	
<p>2.3 Description of symptoms in order 2.3 発症順序を記述</p>	① Symptom 症状 (), Date of onset 発症日 () ② Symptom 症状 (), Date of onset 発症日 () ③ Symptom 症状 (), Date of onset 発症日 ()			
<p>2.4 Medication history (within the past 6 months) 2.4 最近6ヶ月以内の薬の服用歴</p>	<input type="radio"/> Yes 有 (☞ Name of medication 医薬品名 : Start/End Date 服用日 :) Reasons for taking the medication 服用事由 :) <input type="radio"/> No 無			
<p>2.5 Case status/ Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks) 2.5 患者の状態 /医療機関の利用歴 (最近3週間以内)</p>	2.5.1 Case status 2.5.1 患者の状態	<input type="radio"/> Alive 生存 <input type="radio"/> Died 死亡 ☞ the following questions should only be asked if the case reports 'Died'. ☞ 下記へ記述		
		Date of death 死亡日: ____/____/____(YYYY/MM/DD)(年/月/日)	Place of Death 死亡場所 : <input type="radio"/> Medical institution 医療機関 <input type="radio"/> Place of residence 自宅 <input type="radio"/> Other その他()	
	2.5.2 Visit to medical institution 2.5.2 医療機関の利用歴	<input type="radio"/> No 無 <input type="radio"/> Yes 有 ☞ the following questions should only be asked if the case reports 'yes'		

		☞ 下記へ記述		
	Type of visit(+) 訪問の形態(+)	Name of medical institution 医療機関名	Date/Period 日時/期間	ICU Admission 集中治療室への入院
	<input type="radio"/> Outpatient service 外来 <input type="radio"/> Emergency room 救急室 <input type="radio"/> Inpatient 入院		~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
	<input type="radio"/> Outpatient service 外来 <input type="radio"/> Emergency room 救急室 <input type="radio"/> Inpatient 入院		~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
2.6 History of smallpox vaccination 2.6 天然痘ワクチンの接種歴	<input type="radio"/> Yes 有 (☞ Date of vaccination接種した年度:) <input type="radio"/> No 無 <input type="radio"/> Unknown わからない			
2.7 Underlying disease 2.7 基礎疾患	<input type="radio"/> Yes 有 (☞ Specify 疾病名:) <input type="radio"/> No 無			
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) 2.8 免疫低下疾患	<input type="radio"/> Yes 有 (Date of initial diagnosis 初回診断日: __/__/__(YYYY/MM/DD)(年/月/日), name of disorder 疾患名:) <input type="radio"/> None 無 <input type="radio"/> Unknown わからない			
2.9 Pregnancy status 2.9 妊娠の有無	<input type="radio"/> Yes 有 <input type="radio"/> No 無 (If yes, gestational age 妊娠週数: ____weeks 週 / Estimated date of delivery 出産予定日: ____/____/__(YYYY/MM/DD) (年/月/日))			
2.10 Differential diagnosis 2.10 その他	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ 排除診断の有無、(上記以外のその他の医学的状態(またはサル痘以外に疑われる診断名)がある場合、追加記述) (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) (水痘、带状疱疹、麻疹、疥癬、梅毒、マラリアなど)			

3. Travel history		☞ Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset	
3. 海外訪問歴		☞ 症状が現れる前から21日以内の海外訪問について該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印または記入	
3.1 Travel history (within the past 21 days) 3.1 海外訪問の有無	<input type="checkbox"/> Yes 有 (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) (下記の海外訪問歴の詳細内容の確認) <input type="checkbox"/> None 無 (Move to Section 4. Risk Exposure) (4.リスクの高い要因の露出歴の質問に移動)		
3.2 Immigration information (to and from South Korea) 3.2 韓国の出入国情報	Date of Departure (from South Korea) 出国日時	____/____/__(YYYY/MM/DD)(年/月/日)	
	Date of Arrival	____/____/__(YYYY/MM/DD) (年/月/日) Time 時間	

	(To South Korea) 入国日時				
	Modes of transportation 入国方法	<input type="checkbox"/> Air 航空機 (Flight number 航空便名 : Airline 航空会社名 : Seat number 座席番号 :) <input type="checkbox"/> Vessel/ship 船舶 (Ship number 船舶便名 : Name of company 船舶会社名 : Location where most time you remained 主な利用場所 :)			
3.3 Visited Countries or cities /period of visit 3.3 訪問国名・地域及び期間	Countries 訪問国家名	Cities 訪問都市名	Date 訪問期間	Airport transit 空港内の経由	Was it monkeypox endemic or non- endemic county? リスク/発生地域の有無
			~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
			~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
			~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
			~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
			~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
			~	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
3.4 Accompanying persons 3.4 訪問の型式	<input type="radio"/> Solo travel/visit 単独での訪問旅行 <input type="radio"/> Accompanying two or more persons 2人以上同行 (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) (家族、同僚など; 同行者: 人)				
3.5 Purpose of Visit 3.5 訪問目的	<input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies 親睦・社交・趣味活動 <input type="radio"/> Travel/tourism 旅行・観光 <input type="radio"/> Business 業務・出張 <input type="radio"/> Missionary activities 宣教活動 <input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities 診療奉仕救護活動 <input type="radio"/> Work/Residence 現地勤務・居住 <input type="radio"/> Other その他 ()				

4. Risk Exposure 4. リスクの高い露出歴		<input type="checkbox"/> Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset <input checked="" type="checkbox"/> 症状が現れる前の21日以内のリスクの高い露出歴に✓印または記載	
4.1 History of contact to suspected or confirmed monkeypox case 4.1 患者との接触歴	Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? サル痘(疑い)患者と接触した事実がありますか。	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ <input type="radio"/> Unknown わからない	
	<input checked="" type="checkbox"/> If yes, <input checked="" type="checkbox"/> ‘はい’の場合	Relationship 関係 : Date and time of contact 接触日時 : Location of contact 接触場所 : Exposure setting 形態 : <input type="radio"/> household contact 居住/同居 <input type="radio"/> a stay in the same place 同一空間で滞在 <input type="radio"/> physical contact 身体接触 <input type="radio"/> Other その他()	

4.2 Any known experience of risk environment 4.2 環境への露出歴	☞ Specify below ☞ 下記へ記述		
	Details of exposure 詳細内容	Place/area 場所/地域	Date and time 日時
	<input type="checkbox"/> Participation in large events 大規模な行事に参加		
	<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) 関連する実験室での勤務または訪問歴		
	<input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) 関連する検体の移送歴		
	<input type="checkbox"/> Other その他 ()		
4.3 Animal exposure 4.3 動物との露出歴	Have you ever had a contact with livestock or wild animals? 畜または野生動物と接触した事実がありますか ○Yes はい ○No いいえ ○Unknown わからない		
	☞ If yes, ☞ 'はい' の場合	Animal (specific) 動物(種類): _____ Date of contact 接触日時: _____ Place of contact 接触場所: _____ Source of contact 接触状況: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) ペット(げっ歯類など) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass 生動物の死骸 <input type="checkbox"/> Wild animal 野生動物	
4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) 4.4 性的な接触歴 (最近3週間以内)	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? 症状が現れる前から21日以内に性経験がありますか？		○Yes はい ○No いいえ ○Unknown わからない ○Refuse to respond 回答拒否
	☞ If yes ☞ 'はい' の場合,	Number of partners対象者数: ○1 ○2 or more 以上 ○Refuse to respond 回答拒否 Relationship with partner(s) 対象者との関係: ○Spouse 配偶者 ○Acquaintances 知人○by chance 偶然 ○Refuse to respond 回答拒否	
4.5 Blood transfusion donation history 4.5 献血の有無	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? 症状が現れる前から21日以内に献血したり輸血を受けたことがありますか ○Yes はい ○No いいえ		
	☞ If yes, ☞ 'はい' の場合	<input type="checkbox"/> Donated 献血した Place 場所: _____ Date 日時: ____/____/__(YYYY/MM/DD)(年/月/日) <input type="checkbox"/> Received 献血を受けた Place 場所: _____ Date 日時: ____/____/__(YYYY/MM/DD)(年/月/日)	
4.6 Other suspected exposures 4.6 その他疑いのある 感染源への露出	Secify 回答者が疑いのあると考えるその他の感染源がある場合は記述		

5. Case classification and Management		Choose or fill out any relevant items 該当の事項に ✓印または記入																
5. 事例の分類措置																		
5.1 Date of notification received 5.1 申告受付の日時	____/____/____(YYYY/MM/DD) (年/月/日) Time 時間:																	
5.2 Outcome of case classification 5.2 事例分類の結果	Epidemiological links 疫学的な関連性	<input type="radio"/> Yes 有 (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) (発生地域への訪問およびリスクの高い露出歴の確認など) <input type="radio"/> No 無 (no history of visit to an outbreak country) (発生地域への未訪問など)																
	Clinical signs and symptoms 臨床症状および徴候	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition 事例定義の符 <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions 事例定義が符合しない																
	Outcome of case classification 事例分類の結果	<input type="radio"/> Suspected case 疑いのある患者 <input type="radio"/> Not a case 該当しない事例																
<Note on case classification> <事例分類の参考内容> <div> ★ Admitted in the isolated ward and subject to testing 隔離入院及び検査対象 </div>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Classification 区分</th> <th colspan="2">Monkeypox clinical signs and symptoms サル痘の臨床的な症状・徴候</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Meet clinical criteria 符合する</th> <th>Fail to meet clinical criteria 符合しない (Atypical symptoms) (非特異症状)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Epidemiological links 疫学的な関連性 (Risk level) (危険度)</td> <td>Presence 有</td> <td>Suspected case 疑いのある患者</td> <td>Not applicable 該当しない</td> </tr> <tr> <td>Absence 無</td> <td>Not applicable 該当しない</td> <td>Not applicable 該当しない</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis.</p> <p>※疫学的な関連性がなくても感染内科、肛門外科、泌尿医学科、皮膚科の専門医の診療の結果サル痘の疑いがある場合、疑いのある患者に分類することができるが、この場合事例調査書の調査項目のうち、疫学的な関連性、排除診断等について市道・圏域対応センター・疫学調査室の再確認が必要</p>			Classification 区分		Monkeypox clinical signs and symptoms サル痘の臨床的な症状・徴候				Meet clinical criteria 符合する	Fail to meet clinical criteria 符合しない (Atypical symptoms) (非特異症状)	Epidemiological links 疫学的な関連性 (Risk level) (危険度)	Presence 有	Suspected case 疑いのある患者	Not applicable 該当しない	Absence 無	Not applicable 該当しない	Not applicable 該当しない
Classification 区分		Monkeypox clinical signs and symptoms サル痘の臨床的な症状・徴候																
		Meet clinical criteria 符合する	Fail to meet clinical criteria 符合しない (Atypical symptoms) (非特異症状)															
Epidemiological links 疫学的な関連性 (Risk level) (危険度)	Presence 有	Suspected case 疑いのある患者	Not applicable 該当しない															
	Absence 無	Not applicable 該当しない	Not applicable 該当しない															
5.3 Patient transfer 5.3 患者の移送	Patient transfer 移送の可否	<input type="radio"/> Transfer 移送 <input type="radio"/> NOT necessary 不必要 (because the medical institution has isolation bed units) (隔離病床を保有する医療機関) <input type="radio"/> NOT eligible 該当しない (not a case) (対象ではない)																
	Means of transport 移送手段	<input type="radio"/> Public Health Center 保健所 <input type="radio"/> Quarantine Station 検疫所 <input type="radio"/> 119 Ambulance 119救急車 <input type="radio"/> Other: _____																

5.4 Quarantine 5.4 隔離入院	Location of isolation 隔離場所	<input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds 国家指定の入院治療病床 <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals 一般病院の陰圧病床 <input type="radio"/> Other その他 (specify:)
	Name of Medical Institution 医療機関名	
	Start date of Isolation 隔離の開始日	____/____/____(YYYY/MM/DD)(年/月/日) Time 時間:

6. Laboratory test
6. 実験室での検査

Choose any relevant items below
該当の事項に ☒ 印または記入

6.1 Diagnostic tests 6.1 検査の実	<input type="radio"/> Yes 未実施 <input type="radio"/> No 実施した			
Type of specimen 検査の種類	Sample (+) 検体(+)	Date of specimen collected 検体採取日 (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	Name of agency conducting laboratory test 検査機関	Test result 検査結果及び種類
	<input type="radio"/> Skin lesion fluid 皮膚病変液 <input type="radio"/> Not performed 未実施	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency 疾病管理庁 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute 保健環境研究院	<input type="radio"/> Positive 陽性 <input type="radio"/> Negative 陰性 <input type="radio"/> Pending 未決定 <input type="radio"/> In progress 進行中 <input type="radio"/> Other その他 ()
	<input type="radio"/> Skin lesion tissue 皮膚病変組織 <input type="radio"/> Not performed 未実施	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency 疾病管理庁 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute 保健環境研究院	<input type="radio"/> Positive 陽性 <input type="radio"/> Negative 陰性 <input type="radio"/> Pending 未決定 <input type="radio"/> In progress 進行中 <input type="radio"/> Other その他 ()
	<input type="radio"/> Scab 痂皮 <input type="radio"/> Not performed 未実施	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency 疾病管理庁 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute 保健環境研究院	<input type="radio"/> Positive 陽性 <input type="radio"/> Negative 陰性 <input type="radio"/> Pending 未決定 <input type="radio"/> In progress 進行中 <input type="radio"/> Other その他 ()

	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear 咽頭ぬぐい液 <input type="radio"/> Not performed 未実施	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency 疾病管理庁 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute 保健環境研究院	<input type="radio"/> Positive 陽性 <input type="radio"/> Negative 陰性 <input type="radio"/> Pending 未決定 <input type="radio"/> In progress 進行中 <input type="radio"/> Other その他 ()
	<input type="radio"/> Blood 血液 <input type="radio"/> Not performed 未実施	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency 疾病管理庁 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute 保健環境研究院	<input type="radio"/> Positive 陽性 <input type="radio"/> Negative 陰性 <input type="radio"/> Pending 未決定 <input type="radio"/> In progress 進行中 <input type="radio"/> Other その他 ()
	<input type="radio"/> Other その他 () <input type="radio"/> Not performed 未実施	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency 疾病管理庁 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute 保健環境研究院	<input type="radio"/> Positive 陽性 <input type="radio"/> Negative 陰性 <input type="radio"/> Pending 未決定 <input type="radio"/> In progress 進行中 <input type="radio"/> Other その他 ()

7. Contact Status 7. 接触者の現況		<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items below <input type="checkbox"/> 該当の事項に ✓印または記入	
7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?) 7.1 接触者の現況	<input type="radio"/> Yes 有 (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="checkbox"/> 下記へ記述 <input type="radio"/> No 無		
	How many contacts the case has had since the onset of symptoms? 患者の発症後の接触者 <input type="checkbox"/> Total 計 person(s) 人 		
	区分	<input type="checkbox"/> Family members and live-in person(s) 家族及び同居人	person(s) 人
		<input type="checkbox"/> Those from medical institution(s) 医療機関での接触者 (Institution(s) Name 機関名:)	person(s) 人
		<input type="checkbox"/> People commuted/traveled via the same transport 同一運送手段での利用者 (Specify 種類:)	person(s) 人
		<input type="checkbox"/> Other その他 ()	person(s) 人
* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' 接触者の調査及び詳細現況は ' 別 途 の 書 式 '、接触者露出者の調査書式を活用 * Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system Webシステム入力対象の接触者および入力時点など、指針は本文を参考			

8. Final decision 8. 最終結論		☞ Choose or fill out any relevant items below ☞ 該当の事項に ✓印または記入
8.1 case management result 8.1 措置結果	<input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Discharged after recovery 回復後退院 (__/__/__(YYYY/MM/DD) (年/月/日) <input type="radio"/> Died 死亡 __/__/__(YYYY/MM/DD) (年/月/日)	
8.2 Final result 8.2 最終結果	<input type="radio"/> Confirmed case 患者 <input type="radio"/> Suspected case 患者の疑い有り <input type="radio"/> Not a patient 患者ではない (Diagnosis 診断名: _____)	
	☞ If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics : ☞ '患者'の場合、臨床型の表記	

9. Contact tracing 9. 追跡調査		☞ Choose or fill out any relevant items below ☞ 該当の事項に ✓印または記入											
9.1 Contact tracing results 9.1 追跡調査の結果	<input type="radio"/> Ongoing 進行中 <input type="radio"/> Finished 終了												
	Number of Contacts 接触者数 Total 計 person/s 人						Patient 患者の発生 : person 人 (name 氏名 : _____)						
	Number of contacts in the live-in family 同居家族の接触者数 <input type="radio"/> Yes 有り (person/s 人) <input type="radio"/> No なし						Number of contacts other than live-in family 同居家族以外の接触者数 (incl. health care workers) (医療人を含む) <input type="radio"/> Yes 有り (person/s 人) <input type="radio"/> No なし						
9.2 List of contacts 9.2 接触者リスト													
Name (+) 氏名	Day of Birth 生年月日	Gender 性別	Relationship 関係	Date of the latest contact 最終接触日	Address (city, county, gu) 住所(市郡区)	Mobile number 連絡先	Nationality 国籍	Occupation 職業	Name of work place 会社名	Symptoms 症状有無	Risk exposure level 接触のタイプ	Quarantine status 隔離区分	Smallpox Vaccination 天然痘ワクチン接種有無
		<input type="radio"/> Male男 <input type="radio"/> Female女	<input type="radio"/> Medical staff 医療スタッフ <input type="radio"/> Medical institution workers 医療機関従事者 <input type="radio"/> Family 家族 <input type="radio"/> Colleague 同僚 <input type="radio"/> Friend 友達 <input type="radio"/> Others その他	yr. mo. Day 年 月 日			<input type="radio"/> Korean 韓国人 <input type="radio"/> Foreigner 外国人 <input type="radio"/> Nationals 国籍 : ()	<input type="radio"/> () <input type="radio"/> Unemployed 無職		<input type="radio"/> Yes 有 <input type="radio"/> No 無	<input type="radio"/> High risk 高リスク <input type="radio"/> Medium risk 中リスク <input type="radio"/> Low risk 低リスク	<input type="radio"/> Not quarantined 隔離しない <input type="radio"/> Release of quarantine 隔離解除 <input type="radio"/> Self-quarantine 自宅隔離 <input type="radio"/> Hospital quarantine 病院隔離 <input type="radio"/> Cohort	<input type="radio"/> Non-vaccinated 未接種 <input type="radio"/> Vaccinated 接種 (year年)

[illegible]