

医師用

インフルエンザが流行している期間の中で、先生が定めた開始日から連続で10名~20名の調査をお願いします

経過観察調査票

カルテ番号 (患者番号)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
初診日時 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時	今シーズンの ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
迅速診断キットによる診断 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	インフルエンザの診断 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 型不明	
既往歴 (複数可) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 意識障害* <input type="checkbox"/> 無熱性けいれん** <input type="checkbox"/> 熱性けいれん** <input type="checkbox"/> 異常行動・異常言動*** <input type="checkbox"/> その他 ( )	
最初の発熱 度 測定日時 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分		
経過観察終了日(発熱後4日目) 月 日		

<注> \* \*\* \*\*\* については、参考資料をご参照ください。

※ 診察や「患者家族調査票」の記載などに基づいて臨床症状の評価をお願いします。  
「有」の場合 (最初の発現日時~その消失日時 (又は経過観察終了日時))  
時刻は24時間で記入ください

臨床 症 状	意識障害*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 日 時 分 ) ↳ 意識レベル <input type="text"/>
	無熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 日 時 分 ) ↳ けいれんの分類 ( <input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 複雑型 )
	熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 日 時 分 ) ↳ けいれんの分類 ( <input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 複雑型 )
	異常行動・異常言動***	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 日 時 分 ) ↳ 異常行動・異常言動の分類 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E )
	肺炎・気管支炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ) 発現日時のみ
	中耳炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ) 発現日時のみ
	筋炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ) 発現日時のみ

<注> \* \*\* \*\*\* については、参考資料をご参照ください。

※ 「患者家族調査票」に薬剤の使用日時 (分まで) が記載されていることを確認してください。

治療薬	<input type="checkbox"/> シンメトレル	<input type="checkbox"/> タミフル	<input type="checkbox"/> リレンザ	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン
剤	<input type="checkbox"/> 非ステロイド系抗炎症薬 ( )		<input type="checkbox"/> 抗菌薬 ( )	
	<input type="checkbox"/> その他の薬剤 ( )			

<臨床症状の詳細や治療薬剤との関係など> (書ききれない場合には、裏を使用して下さい)

太線の中にご記入をお願いします。

生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
初診日時	月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時
最初に発熱した日時	月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 その時の体温 <input type="text"/> . <input type="text"/> °C
受診までに 使用した薬剤 (市販薬など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ 薬剤名 ]

Q2 異常行動や異常言動につきまして、具体的に詳しくお書きください。前ページの様々な例に当てはまらない異常行動・異常言動が見られました場合にも、具体的に記入してください。

発現日時	2月3日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 7時頃 ~ 4日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 7時頃
------	---

<異常行動・異常言動について、状況、継続時間などがわかるように、できるだけ詳しくご記入下さい>

2月3日19時すぎに38.7℃の発熱に気づき手持ちの解熱薬の坐薬を入れた。その直後から母親にずっとしがみついて離れなくなった。解熱薬を入れたのに体温は下がらずに40.3℃になった。20時ころ「ママがわかる?」と聞くと目の前にいるのに遠くを歩かすような目で、しばらくしてから「ママ」と言うようになった。目の焦点が合わず、恐くて怯えるように、あるいは何かを探るように繰り返していた。このような様子は翌朝には手をにぎったり開いたりする動作に変わった。深夜は「じーた(祖父のこと)、バーシー(トーマスのキャラクター)」など知っている言葉を次々

