

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

19.2.26

経過観察調査票

12/13616

カルテ番号 (患者番号)	性別	男	女	生年月日	昭和	平成	年	月	日
初診日時	2月9日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	10時	今シーズンの ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1回	<input checked="" type="checkbox"/> 2回	
迅速診断キットによる診断	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	インフルエンザの診断	<input type="checkbox"/> A型	<input checked="" type="checkbox"/> B型	<input type="checkbox"/> 型不明			
既往歴 (複数可)	<input checked="" 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	37.4度	測定日時	2月8日	<input type="checkbox"/> 午前	<input checked="" type="checkbox"/> 午後	6時	分		
経過観察終了日(発熱後4日目)	2月11日								

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

臨床 症 状	※ 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時間でご記入ください	
	意識障害*	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) 意識レベル [] [] []
	無熱性けいれん**	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (2月9日 0時00分 ~ 9日 2時00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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分) 発現日時のみ
	中耳炎の併発	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (2月9日 17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。

治療薬	※「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。			
剤	<input type="checkbox"/> シメトレル	<input checked="" 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
	<input type="checkbox"/> 非ステロイド系抗炎症薬 () <input checked="" type="checkbox"/> 抗菌薬 (737711/942113)			
	<input checked="" type="checkbox"/> その他の薬剤 (942113/カセキ)			

<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)



医師用

先生が定めた開始日から連続で10名以上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	男	女	生年月日	昭和	平成	年	月	日
初診日時	2月15日	<input type="checkbox"/> 午前	<input checked="" type="checkbox"/> 午後	10時	今シーズンの ワクチン接種	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B型	<input type="checkbox"/> 型不明			
既往歴 (複数可)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	38.6度	測定日時	2月15日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	3時			
経過観察終了日(発熱後4日目)	2月18日								

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

臨床 症 状	※ 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 (発現日時~消失日時 (又は経過観察終了日時))	
	意識障害*	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) 意識レベル [] [] []
	無熱性けいれん**	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (2月17日 8時 ~ 2月17日 8時) 異常行動・異常言動の分類 (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分)
	中耳炎の併発	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分)
筋炎の併発	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分)	

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

治療薬	※「患者家族調査票」に薬剤の使用日時が記載されていることを確認してください。			
剤	<input type="checkbox"/> シメトレル	<input checked="" 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
	<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)

発熱 2月15日 38.6度 2月18日 37.5度
咳 2月15日 あり 2月18日 あり
呼吸困難 2月15日 あり 2月18日 あり
嘔吐 2月15日 あり 2月18日 あり
下痢 2月15日 あり 2月18日 あり

