調査票

NESID（保健所記載）:

氏名・性別・生年月日：

病院名：

記載医師：

1. 基礎疾患の有無
2. 原病歴・経過
3. 治療　（具体的に：（酸素）血中酸素濃度の推移、マスクでの酸素、挿管、　ECMO、特になし、（治療）臨床治験への参加　あり、なし、使用した薬剤の具体名、など
4. 診療中の血液・生化学的検査の異常値、検尿などその他の異常値
5. 予後：完全治癒、呼吸障害が残った、その他の後遺症
6. その他、診療中の特記すべき事項