**急性弛緩性麻痺症例60日後追跡報告書**

**別紙**

**基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 担当保健所 |  | 担当課 | |  | |
| 連絡日時 | 年　　月　　日　　　時 | 連絡方法 | | □面接 □電話 □その他(　　　　　) | |
| 2 | 回答者 | □医療機関（担当医・主治医など）　　　□家族・保護者（本人との関係：　　　　　　　） | | | | |
| 3 | 感染症発生動向調査  システム報告 ID |  | 4 | 患者居住地保健所名 | |  |
| 5 | 国内におけるポリオワクチン接種歴：□ 0 回　□ 1 回　□ 2 回　□ 3 回　□ 4 回　□ 5 回 | | | | | |
| 海外におけるポリオワクチン接種歴：□無　□有（□不活化ワクチン　□生ワクチン、接種日： 　年 　月 　日、  接種国（　　　　　　） | | | | | |
| 発症前約３か月における同居家族等の生ワクチン接種歴：□無　□有　続柄（　　 　　）、接種日：　 年　 月　 日、  接種国（ 　　　　　） | | | | | |

**診断及び検査等（発症日から起算し、60日から90日後の診断や検査の所見）**

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | 最終診断名： |
| 7 | MRI検査の実施：□無 □有（撮影部位: 脊髄（□造影あり、□造影なし）、□頭部 |
| 画像所見 |
| 8 | 電気生理学的検査の実施：□無　□有 |
| 運動神経伝導検査所見：  感覚神経伝導検査所見：  F波所見： |
| 9 | 髄液検査の実施:  □無　□有（細胞数増多：□無　□有、その他所見（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 10 | 微生物学的検査  ウイルス検査の実施  　□無　□有（結果：　　　　　　　、検査実施機関：　　　　　　 、検査方法：　　　　　　、検体：　　　　 ）  　□無　□有（結果：　　　　　　　、検査実施機関：　　　　　　 　、検査方法： 　 　　 、検体： 　 　 　）  細菌検査の実施  　□無　□有（結果：　　　　　　　、検査実施機関：　 　　　　　、検査方法：　　　　　　、検体：　　　　　）  　□無　□有（結果：　　　　　　　、検査実施機関：　　　 　　 、検査方法：　　　　　　、検体：　　　　　） |
| 11 | 自己抗体等のその他の検査結果 |

**追跡時情報（発症日から起算し、60日から90日後）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12 | 医療機関名： | | 担当医： | 診察日:　 年 　月 　日 | 電話番号： |
| 追跡時の経過 | □残存麻痺あり（上肢（□右・□左）下肢（□右・□左））　□残存麻痺なし　　□既に死亡 | | | |
| 運動麻痺の経過：□改善傾向　　□増悪傾向　　□不変 | | | |
| 異常感覚の有無：□無　□有 | | | |
| 感覚障害の有無：□無　□有 | | | |
| 追跡時に認めた麻痺以外の症状や身体所見 | | | | |
| その他の専門検討会における病型決定（ポリオとの鑑別）に資すると考えられる症例の情報 | | | | |