

**インフルエンザに伴う臨床症状の発現状況に関する調査**

**経過観察調査報告シート (表紙)**

※ 先生がインフルエンザ診断を最初に確認した1日  
後未満(高校生以下)の患者さんについて、調査  
をお願いいたします。  
※ ご協力いただきました対象者についての医師用  
経過観察調査票及び患者家族用調査票とともに、  
この用紙のご返送をお願いいたします。

施設名	_____
住所	_____
科名	_____
医師名	_____

【調査概況】

経過観察調査開始日	平成 19年 月 日
経過観察調査終了日	平成 19年 月 日
上記期間内15歳未満 インフルエンザ患者数	_____名

【送付内容】

経過観察 調査票	例分	医師調査票	例
		患者家族調査票	例

**医師用** - インフルエンザが流行している期間の中で、先生が認められた開始日から連続して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	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
医師	初診日時	月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	検体採取日時	検体採取日時 <input type="checkbox"/> 同日 <input type="checkbox"/> 翌日
基本 情報	経過観察開始日	<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"/> 不明
	既往歴 (複数可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 気管炎/喘息 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性肝臓病 <input type="checkbox"/> 慢性膵臓病		
	最近の発熱	度	開始日時	月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	経過観察終了日(検体後4日目)	月 日		

※ 診断や「患者家族調査票」の印刷などに基づいて臨床症状の評価をお願いします。  
「発」の場合 (発熱の発現日時-その調査日時 (又は経過観察終了日時))  
発熱は24時間以上続くこととする。

発熱の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 38.0℃以上 <input type="checkbox"/> 38.0℃未満
悪寒の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
頭痛の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
全身倦怠感・全身痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
嘔吐・嘔気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 乾咳 <input type="checkbox"/> 湿咳
呼吸器の発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
結核の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

※ 「患者家族調査票」に医師の調査日時(検体で)が記載されていることを確認してください。  
インフルエンザ あり なし  
診断スライド系統名(疑念) A型 B型  
その他の系統名 不明

※ 臨床症状の経過や治療経過などの詳細な内容(書ききれない場合は)は、裏紙に記入して下さい。

**患者家族用**

**インフルエンザ調査票**

厚生労働省厚生労働科学研究費(感染病・医療連携等)シミュレーションシステム構築共同事業  
「インフルエンザに伴う臨床症状の発現状況に関する調査研究」

担当先生の記入欄

診察券番号	発行から4日後 _____ 年 月 日
処方した治療薬別 (該当するものをのこ)	<input type="checkbox"/> リンシトリン <input type="checkbox"/> リレンザ <input type="checkbox"/> その他の抗ウイルス薬 <input type="checkbox"/> その他の薬(抗生薬など) [薬剤名] _____

本紙の中に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
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
発熱時に使用した薬別 (市販薬など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	[薬剤名] _____

**患者家族用**

**経過観察調査票**

【発熱1日目】 ( 月 日 )

薬の使用(内服あるいは点眼など)を時間毎の左側に、体温および症状を右側にご記入ください。長く続いた症状については、続いた時間帯がわかるように記入してください。

<input type="checkbox"/> 薬の使用 (内服あるいは点眼など)	<input type="checkbox"/> 薬の使用なし	<input type="checkbox"/> 体温 (測ったもので)	<input type="checkbox"/> 体温の測定なし	<input type="checkbox"/> 症状 (咳、発熱、悪寒、頭痛、全身痛、倦怠感、食欲不振、発熱など) また、患者家族調査票に医師の調査日時、発熱の有無、全身倦怠感等を記入してください。
				<input type="checkbox"/> 重い症状なし

(計)

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

(※) お药の効き目がありませんら、歩いて1  
歩程度にご記入ください。

