

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	

患者基本情報・発熱

医師調査票

患者家族調査票

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 ]

治療薬剤

医師調査票

治療薬剤	※「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。			
	<input type="checkbox"/> シメトレル	<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
	<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 ( )			

担当医の先生の記入欄

番号	発熱から4日目	月 日
処方した治療薬剤 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> シメトレル <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 <input type="checkbox"/> その他の解熱薬 [ 薬剤名 ]	] ]
	<input type="checkbox"/> その他の薬(抗菌薬など) [ 薬剤名 ]	

患者家族調査票