



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

臨床 症 状	意識障害 *	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 日 時 分 ) ↳ 意識レベル <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
	無熱性けいれん **	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 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 type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 分 ~ 日 時 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 ごろ ) 発現日時のみ
	中耳炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 ごろ ) 発現日時のみ
筋炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 時 ごろ ) 発現日時のみ	

<注> \* \*\* \*\*\* については、参考資料をご参照ください。