

経過観察調査票

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|--|------|--|------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 患者の 基本 情報 | 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 | | | | | |

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|---|----------------------------|---|-----------------------------|
| 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)) <small>時刻は24時間でご記入ください</small> | | | | | | | | | | |
| | 意識障害 * | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 (| 月 | 日 | 時 | 分 | ~ | 日 | 時 | 分) |
| | | ↳ 意識レベル | | □ | | □ | | □ | | | |
| | 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。

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| 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"/> シンメトレル | <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 () | | | | | | | | | |

<臨床症状の詳細や治療薬剤との関係など> (書ききれない場合には、裏を使用して下さい)