

事例調査票

(重篤な神経症状を発現した事例)

施設名		科名	
医師名			
転送先の病院名（転送された場合）			

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		
	治療薬剤使用前の体温	度	測定日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分		
重篤な精神神経症状 発現時の体温	度	測定日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分			

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

重篤な 精神 神経 症状	「有」の場合（最初の発現日時～その消失日時）												
	意識障害*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
		↓ 意識レベル <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	無熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	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	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	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	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	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)												

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

裏に続く