
資料3：追加調査書式

事務局使用欄	
患者識別コード	

「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」に関するお願い

下記事項について先生のご判断を賜りたくお願い申し上げます。

医療機関名		科名	
カルテ番号 (患者番号)	患者家族用調査票番号	生年月日	

A

<p>【患者家族用】</p> <p>先生から患者家族用調査票を送付して頂いておりません。 ご確認ください。</p>	<input type="checkbox"/> あったので、送付する <input type="checkbox"/> 回収不可にて送付できない
---	--

B

- 添付
 1. 医師用調査票（前研究班により「患者家族用調査票」をもとに赤字修正された箇所がありますが、基本的にもとの医師記載内容を入力します）
 2. 患者家族用調査票
- 同封

<参考資料 重篤な精神神経症状> (*, **, ***参照のため)

医師用経過観察調査票		先生のご判断
1	患者の基本情報 カルテ番号 (患者番号)	(番号)
2	患者の基本情報 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3	患者の基本情報 性別 (患者家族用調査票と情報が異なっております)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

14	臨床症状	意識障害*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) 意識レベル (— — —) (時刻は 24 時間でご記入ください)
15	臨床症状	無熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) けいれんの分類 (<input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 複雑型) (時刻は 24 時間でご記入ください)
16	臨床症状	熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) けいれんの分類 (<input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 複雑型) (時刻は 24 時間でご記入ください)
17	臨床症状	異常行動・異常言動***	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 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) (時刻は 24 時間でご記入ください)
18	臨床症状	肺炎・気管支炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) 時ごろ) 発現日時のみ (時刻は 24 時間でご記入ください)

資料 4 : 2 種類の調査票書式 (医師用調査票)
