

インフルエンザ調査票

厚生労働省厚生労働科学研究費（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）

「インフルエンザに伴う随伴症状の発現状況に関する調査研究」

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✓)	☐ シンメトレル ☐ タミフル ☐ リレンザ ☐ アセトアミノフェン ☐ その他の解熱薬 薬剤名] ☐ その他の薬（抗菌薬など） 薬剤名]		

太線の中にご記入をお願いします。

生年月日	☐ 昭和 年 月 日生 ☐ 平成
性別	☐ 男 ☐ 女
初診日時	月 日 ☐ 午前 時 ☐ 午後
最初に発熱した日時	月 日 ☐ 午前 時 ☐ 午後 その時の体温 . °C
受診までに 使用した薬剤 (市販薬など)	☐ なし ☐ あり [薬剤名]

【発熱1日目】（　月　日）

薬の使用（内服あるいは座薬など）を時間軸の左側に、体温および症状を右側にご記入ください。長く続いた症状については、続いた時間がわかるように記入してください。

◇ 薬の使用

（内服あるいは座薬など）

☐ 薬の使用なし

◇ 体温

（測ったものすべて）

☐ 体温の測定なし

◇ 症状

（けいれん、意識障害、異常言動・異常行動、激しく持続する咳、などの重い症状がみられた場合に、ご記入ください。）

また、異常言動あるいは異常行動の内容を、別紙の「異常言動・異常言動調査票」に記入してください）

☐ 重い症状なし

(時)
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

（お気づきの点がありましたら、空いている場所にご記入ください。）