

Q2 異常行動や異常言動につぎまして、具体的に詳しくお書きください。前ページの様々な例に当てはまらない異常行動・異常言動が見られました場合にも、具体的に記入してください。

発現日時	月	日	☐ 午前 ☐ 午後	時頃 ~	日	☐ 午前 ☐ 午後	時頃
------	---	---	--	------	---	--	----

<異常行動・異常言動について、状況、継続時間などがわかるように、できるだけ詳しくご記入下さい>

Q3 異常行動や異常言動は、発熱した時に**これまでも**ありましたか？

☐ 無	☒ 有	→ izzoo、どのようなものでしたか。下に具体的にご記入ください。
----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

資料 3 : 追加調査書式

「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

【患者家族用】 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。	☐ あったので、送付する ☐ 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	☐ 男 ☐ 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)	☐ 男 ☐ 女

4	患者の基本情報	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成
5	患者の基本情報	生年月日 (患者家族用調査票と情報が異なっております)	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成
6	患者の基本情報	初診日時	☐午前 月 日 時 ☐午後
7	患者の基本情報	今シーズンのワクチン接種	☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回
8	患者の基本情報	迅速診断キットによる診断	☐ はい ☐ いいえ
9	患者の基本情報	インフルエンザの診断	☐ A型 ☐ B型 ☐ 型不明
10	患者の基本情報	既往歴 (複数可)	☐ なし ☐ あり ↓ ☐気管支喘息 ☐意識障害* ☐熱性けいれん** ☐その他() ☐心疾患 ☐無熱性けいれん** ☐異常行動・異常言動***
11	患者の基本情報	最初の発熱	度
12	患者の基本情報	(最初の発熱)測定日時	☐午前 月 日 時 分 ☐午後
13	患者の基本情報	経過観察終了日(発熱後4日目)	月 日

14	臨床症状	意識障害*	☐ 無 ☐ 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**	☐ 無 ☐ 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) けいれんの分類 (☐ 単純型 ☐ 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**	☐ 無 ☐ 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) けいれんの分類 (☐ 単純型 ☐ 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***	☐ 無 ☐ 有 ↓ (月 日 時 分 ~ 月 日 時 分) 異常行動・異常言動の分類 (☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ 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	☐ 無 ☐ 有 ↓ (月 日 時ごろ) 発現日時のみ (時刻は 24 時間でご記入ください)

19	臨床症状	中耳炎の併発	☐ 無 ☐ 有 ↓ (月 日 時ごろ) 発現日時のみ (時刻は 24 時間でご記入ください)
20	臨床症状	筋炎の併発	☐ 無 ☐ 有 ↓ (月 日 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)
