

インフルエンザ様疾患罹患時異常行動データベース fax 送信用紙

送信先: 0120-887-311 (混雑時には0120-887-432でも可)

送信枚数: 2枚

① 医療機関名		② 医師氏名	
③ 都道府県名	都・道・府・県	④ 電話番号	
⑤ インフルエンザ定点医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	⑥ 報告日	年 月 日
⑦ 発熱日時	年 月 日 時頃	⑧ 異常行動が発現した日時	年 月 日 時頃
⑨ 患者の年齢	歳 カ月 (月齢は1歳未満のみ)	⑩ 患者の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
⑪ 最高体温	度	⑫ インフルエンザ迅速診断キットの実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
⑬ 迅速診断キットによる検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性(A型(H3N2))	<input type="checkbox"/> 陽性(A型(H1N1))	<input type="checkbox"/> 陽性(A型(亜型不明))
	<input type="checkbox"/> 陽性(B型)	<input type="checkbox"/> 陽性(型不明)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明
⑭ 罹患前半期間の予防接種歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 不明		

⑮ 異常行動前に抗インフルエンザウイルス薬の使用はありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
⑮で「はい」の場合、該当する薬剤全てをチェックしてください(※1) またその薬剤の異常行動前最後の使用日時を教えてください(※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤名不明	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> タミフル(リン酸オセルタミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> オセルタミビル[サワイ](リン酸オセルタミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> シンメトレル(塩酸アマンタジン)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> リレンザ(ザナミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> ラピアクタ(ペラミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> イナビル(ラニナミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
<input type="checkbox"/> ゴフルーザ(パロキサビルマルボキシル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明	
⑯ 異常行動前にアセトアミノフェンあるいはテオフィリンの使用はありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
⑯で「はい」の場合、該当する薬剤全てをチェックしてください(※1)(※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤名不明	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン(処方薬)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン(一般用医薬品)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> テオフィリン		
⑰ 異常行動前に上記以外の薬剤の使用はありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
⑰で「はい」の場合、薬剤名をお書きください(※1)(※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤名不明	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
		月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
		月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
		月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
		月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明

※1: 薬剤の種類が不明の場合には薬剤名不明欄にチェックを入れてください

※2: 使用日時不明の場合には、日時不明欄にチェックを入れてください

【インフルエンザ定点医療機関用】

⑮ ⑮・⑯・⑰の全てで「いいえ」と回答のあった場合(一般用医薬品除く)、異常行動発現前にインフルエンザによる医療機関の受診がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
⑮で「はい」の場合、右の薬剤の処方がありましたか(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 処方なし	<input type="checkbox"/> タミフル	<input type="checkbox"/> オセルタミビル[サワイ]
	<input type="checkbox"/> シンメトレル	<input type="checkbox"/> リレンザ	<input type="checkbox"/> ラピアクタ
	<input type="checkbox"/> イナビル	<input type="checkbox"/> ソフルーザ	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン(処方薬)
	<input type="checkbox"/> テオフィリン		

⑲ 異常行動の分類(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 突然走り出す	<input type="checkbox"/> 飛び降り
	<input type="checkbox"/> 会話中、突然話が通じなくなる	<input type="checkbox"/> おびえ・恐慌状態
	<input type="checkbox"/> 無いものが見えると言う	<input type="checkbox"/> 激しいわごと・寝言
	<input type="checkbox"/> わめく・泣きやまない	<input type="checkbox"/> 暴力・興奮状態
	<input type="checkbox"/> はねる	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 無意味な動作の繰り返し <input type="checkbox"/> その他(具体的に	
⑳ 異常行動と睡眠の関係	<input type="checkbox"/> 異常行動は覚醒していて徐々に起こった <input type="checkbox"/> 異常行動は眠りから覚めて直に起こった <input type="checkbox"/> その他(具体的に	
㉑ 突然の走り出し、飛び降りなど、予期できない行動であって、制止しなければ生命に影響が及ぶ可能性のある行動がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 具体的に記載してください。特に、突然走り出す、飛び降りの場合には下記のどこからどこへも必ず御記入ください。	
突然走り出す・飛び降りの場所	()から()へ	
㉒ 既往歴(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 熱性痙攣	<input type="checkbox"/> てんかん
	<input type="checkbox"/> 寝ぼけ(夜驚、夢中遊行)	<input type="checkbox"/> 頭部外傷
	<input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など)	
	<input type="checkbox"/> 髄膜炎	
㉓ 家族の既往歴(複数回答可)	<input type="checkbox"/> その他(具体的に	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ罹患時の異常行動	<input type="checkbox"/> 熱性痙攣
	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 寝ぼけ(夜驚、夢中遊行)
	<input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など)	
㉔ 患者の転帰	<input type="checkbox"/> 頭部外傷	<input type="checkbox"/> 髄膜炎
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡 治療中の場合は、具体的に	
㉕ 今回のインフルエンザ罹患の経過中、複数回の異常行動が発現しましたか? * 最終ページの解説の図を参照してください。	<input type="checkbox"/> はい(□重度 □軽度) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 はいの場合にはいつですか 年 月 日 時頃	
㉖ 前回(今シーズンあるいはそれ以前)のインフルエンザ罹患の経過中、異常行動が発現しましたか? * 最終ページの解説の図を参照してください。	<input type="checkbox"/> はい(□重度 □軽度) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 はいの場合にはいつですか 年 月 日 時頃	
その他特記すべき事項		

1枚目と2枚目の結合のため、お手数ですが、再度、ご氏名を記入してください

医師氏名 _____