

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 type="checkbox"/> 該当 <input checked="" 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 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 罹患前半年間の予防接種歴	<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		
	<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		
	<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

