

インフルエンザ様疾患罹患時**出血**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)

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 報告日	年 月 日		
⑥ 発熱日時	年 月 日 時頃	⑦ 出血した日時	年 月 日 時頃
⑧ 患者の年齢	歳 月 (月齢は1歳未満のみ)	⑨ 患者の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
⑩ 最高体温	度	⑪ 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
⑫ 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
⑬ 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		
⑭ 出血した部位(当てはまる項目すべてにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 <input type="checkbox"/> 結膜出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 口腔内出血 <input type="checkbox"/> 皮下点状出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血斑 <input type="checkbox"/> 関節内出血 <input type="checkbox"/> 吐血(上部消化管出血) <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 肉眼的血尿 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 採血部位の出血 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)) ⑭-1 持続期間 ____ 分ぐらい ⑭ 2 転帰(当てはまる項目すべてにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 自然止血 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 圧迫のみで止まった <input type="checkbox"/> 医療機関受診してなんらかの処置をして止まった <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)) ⑭-3 関連が想定される基礎疾患(当てはまる項目すべてにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 血小板減少症 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)) ⑭-4 関連が想定される使用薬剤(当てはまる項目すべてにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 抗がん剤(具体的に)) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤(具体的に)) <input type="checkbox"/> アスピリン(バイアスピリン®など)など抗血小板薬(具体的に)) <input type="checkbox"/> ワルファリン(ワーファリン®など)など抗凝固薬(具体的に)) <input type="checkbox"/> ジクロフェナクナトリウム(ボルタレン®など)、ロキソプロフェン(ロキソニン®など)など非ステロイド性 抗炎症薬(具体的に)) <input type="checkbox"/> その他(具体的に))			
⑮ 出血前に抗インフルエンザウイルス薬・アセトアミノフェ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		
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) またその薬剤の出血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"/> ラビアクタ(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
<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	

※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