

【方法】

準備

「④ハガキ（副反応調査用）」および「⑤ハガキ（発病調査用、一式 15 枚）」の表（宛名書き面）に、各施設の印鑑を押す。

エントリー時

- 1) 対象者（接種者または非接種者）が確定したら、上記①～⑤（④は接種者のみ）の右上にある「No.」欄に“参加者 ID 番号”（通し番号）を記入する。“参加者 ID 番号”は各施設で自由に付けてください。
- 2) 「①個人調査票《保護者記入用》」を保護者に記入してもらう。
- 3) 「②個人調査票《医療施設記入用》」を施設にて記入。
- 4) 接種者については「④ハガキ（副反応調査用）」最上段見出しの（1回目・2回目）の何れかを、抹消または○で囲んで選択する。
- 5) 「④ハガキ（副反応調査用）」（接種者のみ）、「⑤ハガキ（発病調査用、一式 15 枚）」、「⑥図書券（1人当たり 1,000 円分）」を、「⑦参加者用説明書（調査参加者の皆様へ）」とともに手渡す。必要に応じて「⑦参加者用説明書（調査参加者の皆様へ）」をもとに説明する。

発病調査（平成 11 年 12 月 19 日～12 年 4 月 1 日）

- 1) 毎週送られてくる「⑤ハガキ（発病調査用、一式 15 枚）」の内容を、「③発病調査票」に逐一コード転記する。ハガキが送られてこない場合は電話で督促する。
毎週電話インタビューにより前週 1 週間の発病状況を聴取し、「③発病調査票」にコード転記することも可。
- 2) 発病調査期間中に受診した患者については、「③発病調査票」の「受診時記録」欄に記入する。

調査終了後

- 1) 上記①～⑤を個人別に「⑨クリアホルダー」に入れ、事務局に送付。
- 2) 送付の仕方については、後日連絡します。

【接種量】

接種量は添付書の記載どおりとする。

個人調査票 《保護者記入用》

No.

▪ お子さまのお名前: 電話番号

▪ 性別: 1. 男 2. 女

▪ 生年月日: 平成 年 月 日

▪ お子様は予定日どおりに生まれましたか？

予定日の: 1. 1ヶ月以上前
 2. 2週間以上前
 3. 前後2週間以内
 4. 2週間以上後
 5. 1ヶ月以上後

▪ お子様が生れたときの体重はどの位でしたか？

1. 2000グラム未満
 2. 2000グラム以上
 3. 2500グラム以上
 4. 3000グラム以上
 5. 3500グラム以上
 6. 4000グラム以上

▪ 誕生後の最初の2～3週間、母乳をしっかり飲ませましたか？

1. はい
 2. だいたい
 3. いいえ

▪ お子様を育てるときの哺乳はどうでしたか？

1. 母乳のみ
 2. 混合(母乳が主)
 3. 混合(母乳とミルクが半々くらい)
 4. 混合(ミルクが主)
 5. ミルクのみ

▪ お子様は通園などをしていますか？

1. 幼稚園
 2. 保育園
 3. 託児所
 4. その他()
 5. 通っていない

▪ 一緒に暮らしている家族は何人ですか？

お子様自身を含めて 合計 人
兄弟姉妹の人数は？ お子様自身を含めて 人

▪ 家庭内でのせの伝播との関係で、お住まいの部屋数をお答えください:

合計 室
タタミの数にしたら、合計 枚

個人調査票 《医療施設記入用》

No.

○患者氏名：_____ 生年月日：平成____年 ____月 ____日

○保護者氏名：_____

○エントリー日：____月 ____日

○身長：_____cm 体重：_____kg

○ワクチン：(1. 接種 2. 非接種)

○接種者の場合

○第1回目：____月 ____日

ワクチンロット番号：_____

接種量：____ml 使用注射針：__G

○第2回目：____月 ____日

ワクチンロット番号 _____

接種量：____ml 使用注射針：__G

○基礎疾患

①心疾患： (1. - 2. + 3. ++)

②腎疾患： (1. - 2. + 3. ++)

③糖尿病： (1. - 2. + 3. ++)

④貧血： (1. - 2. + 3. ++)

⑤気管支喘息： (1. - 2. + 3. ++)

⑥扁桃炎： (1. - 2. + 3. ++)

⑦蕁麻疹： (1. - 2. + 3. ++)

アトピー： (1. - 2. + 3. ++)

その他何らかのアレルギー症状：
(1. - 2. + 3. ++)

○ステロイド長期投与： (1. なし 2. あり)

○アスピリン長期投与： (1. なし 2. あり)

○過去6ヶ月以内の受診：

(1. なし 2. 感冒症状 3. 胃腸症状(下痢を含む) 4. その他 ())

No.

【発病調査票】

コード表	
体温	
0.	なし
1.	37.0-37.4度
2.	37.5-37.9度
3.	38.0-38.9度
4.	39.0度以上
その他の症状	
0.	なし
1.	あり

患者氏名:

電話番号:

期 間	体温	鼻汁または鼻閉	のどが痛い	咳	頭痛	筋肉痛や関節痛	悪寒
1	1999年 51週 (12/19~25)						
2	52週 (12/26~1/1)						
3	2000年 1週 (1/2 ~ 8)						
4	2週 (1/9 ~15)						
5	3週 (1/16~22)						
6	4週 (1/23~29)						
7	5週 (1/30~2/5)						
8	6週 (2/6~12)						
9	7週 (2/13~19)						
10	8週 (2/20~26)						
11	9週 (2/27~3/4)						
12	10週 (3/5~11)						
13	11週 (3/12~18)						
14	12週 (3/19~25)						
15	13週 (3/26~4/1)						

受診時記録

受診月日: ___月___日

脳症:(0. なし 1. あり)

肺炎:(0. なし 1. あり)

その他の特記事項:

No. _____

ワクチン接種後の健康状態について(1回目・2回目)

保護者の方へのお願い

接種後48時間以内の健康状態について、以下の質問にお答えいただいた後、投函してください。

- お子さまのお名前： _____
- 最初に今日の日付を記入してください： _____月____日
- 発熱はありましたか： (1. なし 2. あり)

「あり」の場合、体温は

1. 37.0-37.4度
2. 37.5-37.9度
3. 38.0-38.9度
4. 39.0度以上

- 体のどこかに赤いブツブツ(発疹)ができましたか： (1. いいえ 2. はい)
- 注射したところが赤くなりましたか： (1. いいえ 2. はい)
- 注射したところが腫れましたか： (1. いいえ 2. はい)
- 注射したところが硬くなりましたか： (1. いいえ 2. はい)
- 注射したところに痛みがありましたか(痛みを訴えていましたか)： (1. いいえ 2. はい)
- 上記の症状で医師にかかりましたか： (1. いいえ 2. はい)
- 保護者のお名前： _____
- 住所： _____

No. _____

11 かぜ症状調査 (平成12年2月27日から3月4日)

保護者の方へのお願い

毎週、週明けに以下の質問にお答えいただいた後、投函してください。

- お子さまのお名前： _____
- 上記の期間中に発熱がありましたか： (0. なし 1. あり)

「あり」の場合、最高体温は

1. 37.0-37.4度
2. 37.5-37.9度
3. 38.0-38.9度
4. 39.0度以上

- 上記の期間中に以下の症状がありましたか：
 - ・ 鼻汁または鼻づまり： (0. なし 1. あり)
 - ・ のどが痛い： (0. なし 1. あり)
 - ・ 咳： (0. なし 1. あり)
 - ・ 頭痛： (0. なし 1. あり)
 - ・ 筋肉痛や関節： (0. なし 1. あり)
 - ・ 悪寒： (0. なし 1. あり)
- 保護者のお名前： _____
- 住所： _____

幼児等に対するインフルエンザワクチンの有効性・安全性に関する基礎的研究

施設No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3(0)	ワクチン	<input type="text"/>	47
個人調査 (保護者記入)			○第1回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	51
個人No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6	ロット	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	55
性	<input type="text"/>	7	量	・ <input type="text"/> <input type="text"/>	57
生年月日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13	針	<input type="text"/> <input type="text"/>	59
予, 体, 母	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	16	○第2回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	63
喃, 通	<input type="text"/> <input type="text"/>	18	ロット	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	67
家族, 兄姉	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	22	量	・ <input type="text"/> <input type="text"/>	69
部屋, たたみ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	26	針	<input type="text"/> <input type="text"/>	71
個人調査 (施設記入)			心, 腎, 糖	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	74
エント日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	30	貧, 気, 扁	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	77
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	33	蕁, ト, レ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	80
体重	<input type="text"/> <input type="text"/> ・ <input type="text"/>	36	ス, ア	<input type="text"/> <input type="text"/>	82
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	41	受診	<input type="text"/> <input type="text"/>	84
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	46	昨年 接種 (1. なし 2. あり)	<input type="text"/>	85
			罹患	<input type="text"/>	86

発病調査

温 鼻 咽 咳 頭 筋 寒

1	<input type="checkbox"/>	93
2	<input type="checkbox"/>	0(1)
3	<input type="checkbox"/>	7
4	<input type="checkbox"/>	14
5	<input type="checkbox"/>	21
6	<input type="checkbox"/>	28
7	<input type="checkbox"/>	35
8	<input type="checkbox"/>	42
9	<input type="checkbox"/>	49
10	<input type="checkbox"/>	56
11	<input type="checkbox"/>	63
12	<input type="checkbox"/>	70
13	<input type="checkbox"/>	77
14	<input type="checkbox"/>	84
15	<input type="checkbox"/>	91

受診時記録

○受診日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95
脳, 肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97
○受診日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1(2)
脳, 肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8

副反応調査

○1回目:回答日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	
熱, 温	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	
発, 赤, 腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
硬, 痛, 医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
○2回目:回答日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	
熱, 温	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	
発, 赤, 腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
硬, 痛, 医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40