

患者についてカルテ情報からの経過表

*患者の発症後、1日目～8日目までの経過を記載して下さい。
 *熱型のみ裏紙ページにコピー添付可

入院後or外来初診後からではなく、インフルエンザ発症後のデータを記入して下さい	5日目： 月 日								6日目： 月 日							
	0	3	6	9	12	15	18	21	0	3	6	9	12	15	18	21(時)
① カルテ記載の計測体温を記載して下さい。 入院時の測定値は線で結んで下さい。 外来初診時の温度は×を記入して下さい。	42															
② 測定した時点の体温を記載して下さい。	① 41															
③ 使用した薬剤について詳細を記載して下さい。 使用時点を「」で示して下さい。	体温															
④ 精神症状は発現を×で示して下さい。	(°C)															
⑤ 医療機関の受診時点と医療機関名を記載して下さい。	37															
	36															
②測定血圧 収縮期血圧/拡張期血圧																
検査所	()															
	()															
	()															
③ 使用薬剤	()															
A:アムロジウム	()															
B:抗生剤	()															
C:	()															
B3	()															
C: 硝化甘油系	()															
C2	()															
IA: トラフマリン製	()															
剤: 抗アレルギー剤	()															
TA2	()															
TA3	()															
④精神症状の発現																
⑤医療機関受診																

患者についてカルテ情報からの経過表

*患者の病歴後、1日目～8日目までの経過を記載して下さい。
 *船型のみ最終ページにコピー添付可

入院後or外来初診後からではなく、インフルエンザ発症後のデータを記入して下さい	7日目： 月 日							8日目： 月 日								
	0	3	6	9	12	15	18	21	0	3	6	9	12	15	18	21(時)
① カルテ記載の計測体温を記載して下さい。 入院時の測定値は線で結んで下さい。 外来問診時の体温は×を記入して下さい。	42															
② 測定した時点の血圧値を記載して下さい。	① 41															
③ 使用した薬剤について詳細を記載して下さい。 使用時点を↑で示して下さい。	体温															
④ 精神症状は病弱を×で示して下さい。	(°C)															
⑤ 医療機関の受診時点と医療機関名を記載して下さい。	37															
② 測定血圧	36															
収縮期血圧/拡張期血圧																
解熱剤	()															
	()															
	()															
③ 使用薬剤	()															
A7 マンガン	()															
B1 抗生剤	()															
B2	()															
B3	()															
C1 抗がん剤	()															
C2	()															
T01 ナゾアル/小児用	()															
T02 アレルギーク	()															
T02	()															
T03	()															
④ 精神症状の発現																
⑤ 医療機関受診																

熱型コピー貼付け

コピー添付台紙

臨床検査結果コピー貼付け

資料 3

医療機関調査票（コントロール）

インフルエンザ脳炎・脳症の発症および重症度と解熱剤使用 に関するケース・コントロール研究調査票(コントロール用)

*以下の質問事項に御回答下さい。
*日付はすべて西暦で記入して下さい。

*該当項目を○で囲んで下さい。
*1行目は記入不要です。

子どもID		担当者名		調査日	年 月 日
病院名					
記入医師名		来院日	年 月 日 AM・PM・夜間		
他の受診医療機関名1	(TEL)				
医師名		受診日	年 月 日 AM・PM・夜間		
他の受診医療機関名2	(TEL)				
医師名		受診日	年 月 日 AM・PM・夜間		
他の受診医療機関名3	(TEL)				
医師名		受診日	年 月 日 AM・PM・夜間		

生年月日	年 月 日		性別	1.男 2.女	患者イニシャル	姓	名
受診時体重	kg		基礎疾患	1.有 2.無	病名:		
熱性痙攣・発達障害の既往	1.有 2.無		熱性痙攣:	1.有 2.無	発達障害:	1.有 2.無	
インフルエンザの発症日時	年 月 日 時			最高体温	℃		
インフルエンザワクチン接種 (1999年秋～2000年初旬)	1.有 2.無 3.不明		ワクチン接種日:	年 月 日 年 月 日			
インフルエンザ発症後の入院	1.有 2.無	入院期間	年 月 日～ 年 月 日				
入院理由							

インフルエンザの診断

ウイルスの分離	1. 実施	→	a. 陰性 b. 陽性		
	2. 未施行		分離ウイルス: a. A型H1 b. A型H3 c. B型 検体: a. 咽頭 b. 髄液 c. 血液 d. 鼻汁 e. その他 []		
PCR	1. 実施	→	a. 陰性 b. 陽性		
	2. 未施行		検体: a. 咽頭 b. 髄液 c. 血液 d. 鼻汁 e. その他 []		
インフルエンザ抗体	1. 実施	→	Hi (a. A:H1 b. A:H3 c. B)の上昇を確認		
			方法	採血日	抗体価
	2. 未施行		HI・CF	年 月 日	倍
抗原検出キット	1. 実施	→	a. 陰性 b. 陽性 [検出部位:]		
	2. 未施行				

[使用薬剤]

*以下の解熱剤のうち使用したものをチェックし、詳細を記載して下さい。

✓	薬剤名	剤型	1回用量(mg等)	使用期間中の 使用回数	用法	使用期間
	アデフロニック					月 日～ 月 日
	ア NilルーMS					月 日～ 月 日
	アルピニー	坐薬			外	月 日～ 月 日
	アンヒバ	坐薬			外	月 日～ 月 日
	カロナール					月 日～ 月 日
	ブルフェン					月 日～ 月 日
	ボナフェック					月 日～ 月 日
	ボルタレン					月 日～ 月 日
	ボンフェナック	坐薬			外	月 日～ 月 日
	ボンタール	シロップ			経口	月 日～ 月 日
	ユニブロン	坐薬			外	月 日～ 月 日

**他の解熱剤を使用した場合は薬剤名を記載して下さい。

**						月 日～ 月 日
**						月 日～ 月 日

備考

*アマンタジン・抗生剤・抗けいれん剤・抗アレルギー剤について、使用した薬剤名と詳細を記載して下さい。

	薬剤名	剤型	1回用量(mg等)	使用期間中の 使用回数	用法	使用期間
A.	アマンタジン ()					月 日～ 月 日
B1.	抗生剤 ()					月 日～ 月 日
B2.	()					月 日～ 月 日
B3.	()					月 日～ 月 日
C1.	抗けいれん剤 ()					月 日～ 月 日
C2.	()					月 日～ 月 日
	テオフィリン製剤・抗アレルギー剤					月 日～ 月 日
TA1.	()					月 日～ 月 日
TA2.	()					月 日～ 月 日
TA3.	()					月 日～ 月 日

備考

[認められた症状]

*以下のチェックボックスに該当するものを記載して下さい。(有:○ 無:× 不明:?)

症状名	発現時刻	消失時刻	備考
1. 頭痛	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
2. 鼻汁	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
3. 咽頭痛	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
4. 咳嗽	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
5. 悪心	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
6. 嘔吐	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
7. 腹痛	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
8. 下痢	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
9. 筋痛	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
10. 関節痛	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
11. 眼痛	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
12. 全身倦怠感	月 日 朝・昼・夕	月 日 朝・昼・夕	
13. 38℃以上の発熱	月 日 時 分頃	月 日 時 分頃	
14. めまい	月 日 時 分頃	月 日 時 分頃	具体例:
15. 痙攣	月 日 時 分頃	月 日 時 分頃	具体例:
16. 意味不明の言動	月 日 時 分頃	月 日 時 分頃	具体例:
17. 見当識障害	月 日 時 分頃	月 日 時 分頃	具体例:
18. 意識障害	月 日 時 分頃	月 日 時 分頃	最も悪化した時の程度 (Japan Coma Scale) a. 1~3 b. 10~30 c. 100~300
19. 他[]	月 日 時 分頃	月 日 時 分頃	

[主な病態]

1. 急性脳炎/脳症	1.有 2.無 3.不明
2. 気管支炎・肺炎	1.有 2.無 3.不明
3. 心筋炎	1.有 2.無 3.不明
4. 熱性痙攣	1.有 2.無 3.不明
5. 他[]	1.有 2.無 3.不明

備考

[経過]

*検査結果を記載して下さい。異常値の場合、「異」を○で囲んで下さい。(巻末にコピー添付可)

*初回から5回目までの検査結果と、死亡時・退院時または安定期の検査結果を記載して下さい。

		月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
白血球数		/μL 異	/μL 異	/μL 異
血小板数		/mm ³ 異	/mm ³ 異	/mm ³ 異
FDP		μg/dl 異	μg/dl 異	μg/dl 異
Hb		g/dl 異	g/dl 異	g/dl 異
AST		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
ALT		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
LDH		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
CRP		mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
CK		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
血糖		mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
NH ₃		μg/dl 異	μg/dl 異	μg/dl 異
プロトロンビン時間		秒・% 異	秒・% 異	秒・% 異
フェリチン		ng/ml 異	ng/ml 異	ng/ml 異
血清Cr		mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
尿検査(定性)	1. 蛋白	-・±・+・2+	1. 蛋白 -・±・+・2+	1. 蛋白 -・±・+・2+
	2. 潜血	-・±・+・2+	2. 潜血 -・±・+・2+	2. 潜血 -・±・+・2+
	3.他[]		3.他[]	3.他[]
尿β2-MG		μg/l 異	μg/l 異	μg/l 異
		月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
髄液検査	細胞数	/3 異	/3 異	/3 異
	蛋白	mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
	糖	mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異

		月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
白血球数		/μL 異	/μL 異	/μL 異
血小板数		/mm ³ 異	/mm ³ 異	/mm ³ 異
FDP		μg/dl 異	μg/dl 異	μg/dl 異
Hb		g/dl 異	g/dl 異	g/dl 異
AST		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
ALT		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
LDH		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
CRP		mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
CK		IU/L 異	IU/L 異	IU/L 異
血糖		mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
NH ₃		μg/dl 異	μg/dl 異	μg/dl 異
プロトロンビン時間		秒・% 異	秒・% 異	秒・% 異
フェリチン		ng/ml 異	ng/ml 異	ng/ml 異
血清Cr		mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
尿検査(定性)	1. 蛋白	-・±・+・2+	1. 蛋白 -・±・+・2+	1. 蛋白 -・±・+・2+
	2. 潜血	-・±・+・2+	2. 潜血 -・±・+・2+	2. 潜血 -・±・+・2+
	3.他[]		3.他[]	3.他[]
尿β2-MG		μg/l 異	μg/l 異	μg/l 異
		月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
髄液検査	細胞数	/3 異	/3 異	/3 異
	蛋白	mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異
	糖	mg/dl 異	mg/dl 異	mg/dl 異

*検査結果を記載して下さい。正常または異常を○で囲んで下さい。

脳波所見	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
CT所見	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
MRI所見	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
脳血流 スペクト所見	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
その他検査所見	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
細菌の分離			
その他感染症の合併	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分

患者についてカルテ情報からの経過表（記入例）

*発症後、1日目～8日目までの経過を記載して下さい。
*麻痺は着床にコピー添付可

入院後・外来初診後からではなく、インフルエーザ発症後のデータを記入して下さい 使用した体温計の種類： 1.水銀 2.電子 3.耳式 測定部位： 1.腋下 2.舌下 3.直腸 4.耳	(例) 1日目 1月 15日(発症時) 2日目 1月 16日	
	① カルテ記載の計測体温を記載して下さい。 入浴時の測定値は線で結んで下さい。 外来問診時の温度は×を記入して下さい。 ② 測定した時点の血圧値を記載して下さい。 ③ 使用した薬剤について詳細を記載して下さい。 使用時点を1で示して下さい。 ④ 精神症状は発現を×で示して下さい。 ⑤ 医療機関の受診時点と医療機関名を記載して下さい。	
42		
① 41		
40	X	
39		
38		
37		
36		
②測定血圧	94/50	92/56
収縮期血圧/拡張期血圧	94/50	100/60
		98/58
③ 使用薬剤		
(薬剤名・用法・用量) () () () A アマンタジン (薬剤名・用法・用量) B1 抗生剤 (薬剤名・用法・用量) B2 () B3 () C1 抗ウイルス剤 (薬剤名・用法・用量) C2 () T1 テオフェリン製剤/アレルギーマネジメント (薬剤名・用法・用量) T2 () T3 ()	1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑	1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑ 1 ↑
④精神症状の発現		X
⑤医療機関受診		
		●○○病院

患者についてカルテ情報からの経過表

*発症後、1日目～8日目までの経過を記載して下さい。
*軌型は巻末にコピー添付可

入院後・外来初診後からではなく、インフルエンザ発症後のデータを記入して下さい	1日目： 月 日 (発症時)								2日目： 月 日							
	0	3	6	9	12	15	18	21	0	3	6	9	12	15	18	21(時)
使用した体温計の種類： 1.水銀 2.電子 3.耳式 測定部位： 1.腋下 2.舌下 3.直腸 4.耳 ①カルテ記載の計測体温を記載して下さい。 入院時の測定値は線で結んで下さい。 外来問診時の温度は×を記入して下さい ②測定した時点の血圧値を記載して下さい。 ③使用した薬剤について詳細を記載して下さい。 使用時点を↑で示して下さい。 ④精神症状は発現を×で示して下さい。 ⑤医療機関の受診時点と医療機関名を記載して下さい。	42															
体温 (°C)	41															
②測定血圧 収縮期血圧/拡張期血圧																
解熱剤 ()																
()																
()																
③ 使用薬剤																
A7マロクソ ()																
B1抗生剤 ()																
B2 ()																
B3 ()																
C1抗H1N1人剤 ()																
C2 ()																
TA1オオファン製剤 製：抗インフルエンザウイルス薬																
TA2 ()																
TA3 ()																
④精神症状の発現																
⑤医療機関受診																

患者についてカルテ情報からの経過表

*発症後、1日目～8日目までの経過を記載して下さい。

*熱型は巻末にコピー添付可

入院後・外来初診後からではなく、インフルエンザ発症後のデータを記入して下さい	3日目： 月 日							4日目： 月 日								
	0	3	6	9	12	15	18	21	0	3	6	9	12	15	18	21(時)
① カルテ記載の計測体温を記載して下さい。 入院時の測定値は線で結んで下さい。 外来問診時の温度は×を記入して下さい	42															
② 測定した時点の体温を記載して下さい。	① 41															
③ 使用した薬剤について詳細を記載して下さい。 使用時点を「」で示して下さい。	40															
④ 精神症状は発現を×で示して下さい。	39															
⑤ 医療機関の変診時点と医療機関名を記載して下さい。	38															
② 測定血圧 収縮期血圧/拡張期血圧	37															
解熱剤 ()	36															
()																
()																
()																
③ 使用薬剤																
A アマンタジン ()																
B 抗生剤 ()																
B2 ()																
B3 ()																
C1 抗ウイルス薬 ()																
C2 ()																
TAS1 ノロウイルス薬 抗-抗ウイルス薬 ()																
TA2 ()																
TA3 ()																
④ 精神症状の発現																
⑤ 医療機関受診																

患者についてカルテ情報からの経過表

※患者の発症後、1日目～8日目までの経過を記載して下さい。

※熱型のみ最終ページにコピー添付可

入院後or外来初診後からではなく、インフルエンザ発症後のデータを記入して下さい	5日目： 月 日								6日目： 月 日							
	0	3	6	9	12	15	18	21	0	3	6	9	12	15	18	21
① カルテ記載の計測体温を記載して下さい。 入院時の測定値は線で繋いで下さい。 外来問診時の温度は×を記入して下さい。	42															
② 測定した時点の体温を記載して下さい。	① 41															
③ 使用した薬剤について詳細を記載して下さい。 使用時点を↑で示して下さい。	40															
④ 精神症状は発現を×で示して下さい。	39															
⑤ 医療機関の受診時点と医療機関名を記載して下さい。	(38)															
	(37)															
	36															
② 測定血圧 収縮期血圧/拡張期血圧																
解熱剤 ()																
()																
()																
③ 使用薬剤																
Aアマンタジン ()																
B1 抗真菌 ()																
B2 ()																
B3 ()																
C1 抗ウイルス剤 ()																
C2 ()																
TA1 テオフェリン製剤/抗アレルギー剤 ()																
TA2 ()																
TA3 ()																
④ 精神症状の発現																
⑤ 医療機関受診																

患者についてカルテ情報からの経過表

*患者の発症後、1日目～8日目までの経過を記載して下さい。

*紙型のみ最終ページにコピー添付可

入院後or外来初診後からではなく、インフルエENZA発症後のデータを記入して下さい	7日目： 月 日							8日目： 月 日								
	0	3	6	9	12	15	18	21	0	3	6	9	12	15	18	21(時)
① カルテ記載の計測体温を記載して下さい。 入院時の測定値は線で記入して下さい。 外来問診時の温度は×を記入して下さい。	42															
② 測定した時点の血圧値を記載して下さい。	① 体温 (°C)	41														
③ 使用した薬剤について詳細を記載して下さい。 使用時点を1で示して下さい。	40															
④ 精神症状は発現を×で示して下さい。	39															
⑤ 医療機関の受診時点と医療機関名を記載して下さい。	38															
	37															
	36															
② 測定血圧 収縮期血圧/拡張期血圧																
解熱剤 ()																
()																
()																
()																
③ 使用薬剤																
A アマンタジン ()																
B1 抗生剤 ()																
B2 ()																
B3 ()																
C1 抗ウイルス剤 ()																
C2 ()																
T A1 テオフェリン製剤・抗アレルギー剤 ()																
T A2 ()																
T A3 ()																
④ 精神症状の発現																
⑤ 医療機関受診																

熱型コピー貼付け

臨床検査結果コピー貼付け

資料 4

両親・保護者調査票（ケース）

インフルエンザ脳炎・脳症に関する調査票

子どもID	
調査日	西暦 年 月 日
担当者名	

上記グレーの部分は記載不要です

*子どもさんについて以下の内容をご記入下さい

イニシャル	姓	名	
性別	1.男	2.女	
生年月日	西暦	年	月 日
記入日	西暦	年	月 日
記入される方と子どもさんの関係			
1.母 2.父 3.祖母 4.祖父 5.その他()			

〈次ページ以降の質問にお答えになる際のお願い〉

*事前に母子手帳をご用意下さい

*分かる範囲で結構ですのでご記入下さい

*質問・不明点は下記のデータセンターへ御連絡頂くか、看護婦の訪問時にお聞き下さい

ケースコントロール研究センター

TEL/FAX 03-5791-5668

子どもさんが1999年12月～2000年3月の間にインフルエンザにかかった時のことについて、おうかがいたします

発症期間	西暦	年	月	日	～	年	月	日	
発症年齢	歳	カ月	発症時の体重		Kg				
受診病院名(1)	病院受診日(1)				西暦	年	月	日	
受診病院名(2)	病院受診日(2)				西暦	年	月	日	
受診病院名(3)	病院受診日(3)				西暦	年	月	日	
1) 該当する症状に○印をつけて下さい									
頭痛 ・ 鼻水 ・ のどの痛み ・ せき ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 筋肉痛									
眼痛 ・ 関節痛 ・ 全身倦怠感 ・ めまい ・ けいれん ・ 意味不明の言動 ・ その他の特別な異常									
2)-1 その時、他の病気にかかっていましたか					1.はい 2.いいえ				
-2 「1.はい」の場合、具体的に書いて下さい									
病名		期間		病名		期間			
①		日間		②		日間			
3)-1 インフルエンザにかかる前、10日間に何か行事がありましたか					1.はい 2.いいえ				
-2 「1.はい」の場合、具体的に書いて下さい (例: 誕生日会、遠足、旅行 等)									
[]									
4)-1 インフルエンザにかかった時、いつもと違う印象を受けるようなことはありましたか					1.はい 2.いいえ				
-2 「1.はい」の場合、具体的に書いて下さい									
[]									
5)-1 1999年秋～2000年初旬にインフルエンザワクチンを接種しましたか					1.はい 2.いいえ				
-2 「1.はい」の場合、それはいつですか									
① 西暦		年	月	日	② 西暦		年	月	日
6)-1 子どもさんがインフルエンザにかかった時の前後2週間に									
同居されている御家族の中でインフルエンザにかかった人はいますか					1.はい 2.いいえ				
-2 「1.はい」の場合、具体的にお書き下さい									
誰	1.父・母 2.兄弟・姉妹(上から 番目) 3.祖母・祖父 4.その他()								
症状	咳 ・ 発熱 ・ 鼻汁 ・ 頭痛 ・ 嘔吐 ・ 全身倦怠感 ・ 関節痛								
発症時期	西暦	年	月	日					
-3 その時、抗インフルエンザウイルス薬(アマンタジン)を使用しましたか					1.はい 2.いいえ				