

医療機関	
被験者識別コード	

酸素投与・用手換気

酸素投与・用手換気		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)					
No.	処置名	開始時期			終了時期		
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気	年	月	日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気			時			分
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気	年	月	日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気			時			分
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気	年	月	日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気			時			分
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気	年	月	日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気			時			分
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気	年	月	日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気			時			分
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気	年	月	日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気			時			分
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気	年	月	日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 用手換気			時			分

医療機関	
被験者識別コード	

上気道閉塞予防処置







上気道閉塞予防処置		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)					
No.	処置名	開始時期			終了時期		
		年	月	日	年	月	日

医療機関	
被験者識別コード	

痛み顔スコア

<input type="checkbox"/> 術後数時間以内に抜管された被験者(該当する場合、下欄に記載)		
時点	判定年月日	痛み顔スコア
	判定時刻	
抜管後10~15分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	時 分	

[痛み顔スコア]

					
0	1	2	3	4	5

0. No Hurt  
 1. Hurts Little Bit  
 2. Hurts Little More  
 3. Hurts Even More  
 4. Hurts Whole Lot  
 5. Hurts Worst

医療機関	
被験者識別コード	

血中薬物濃度

血中薬物濃度測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)
年齢別該当群	<input type="checkbox"/> 1) 群 : 受胎後週数45週未満児 <input type="checkbox"/> 2) 群 : 受胎後週数45週以上2歳以下(3歳未満) <input type="checkbox"/> 3) 群 : 3歳以上7歳未満
検体採取日時	年      月      日      時      分
クエン酸フェンタニル初回投与からの経過時間	時間      分
採血部位	<input type="checkbox"/> 耳朶 <input type="checkbox"/> 足底 <input type="checkbox"/> 末梢静脈 <input type="checkbox"/> 中心静脈

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・尿検査 (1)

実施の有無	クエン酸フェンタニル投与前 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)				
検査項目(単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
タンパク			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ウロビリノーゲン			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

- \*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。  
 \*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。  
 1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・尿検査 (2)

実施の有無	クエン酸フェンタニル投与後 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)				
検査項目(単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
タンパク			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ウロビリノーゲン			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

- \*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。  
 \*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。  
 1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・尿検査 (3)

実施の有無	追跡調査! <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)				
検査項目(単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
タンパク			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ウロビリノーゲン			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

- \*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。  
 \*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。  
 1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・血液生化学的検査 (1)

実施の有無		クエン酸フェンタニル投与前 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)			
検査項目 (単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
AST (U/l)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ALT (U/l)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
総ビリルビン (mg/dl)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
BUN (mg/dl)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
クレアチニン (mg/dl)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
CRP (mg/dl)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

\*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。

\*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。

1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動



医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・血液生化学的検査 (2)

実施の有無	クエン酸フェンタニル投与後 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)				
検査項目 (単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
AST (U/l)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ALT (U/l)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
総ビリルビン (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
BUN (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
クレアチニン (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
CRP (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

- \*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。
- \*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。
  1. 生理的変動
  2. 測定に問題あり
  3. その他
  4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・血液生化学的検査 (3)

実施の有無	追跡調査1 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)				
検査項目(単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
AST (U/l)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ALT (U/l)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
総ビリルビン (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
BUN (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
クレアチニン (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
CRP (mg/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

\*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。

\*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。

1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・血液学的検査 (1)

実施の有無		クエン酸フェンタニル投与前 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)				
検査項目(単位)	基準値	測定値*1	検体採取年月日		基準値からの逸脱の理由*2	有意な変動
白血球数 (/μl)			月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
赤血球数 (万/μl)			月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ヘモグロビン (g/dl)			月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ヘマトクリット (%)			月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血小板数 (万/μl)			月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
白血球分画	好中球 (%)		月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	リンパ球 (%)		月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	単球 (%)		月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	好酸球 (%)		月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	好塩基球 (%)		月	年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント: <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">                         基準値からの逸脱には「H」、「L」がつきます。                     </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">                         投与前の場合、有意な変動はあるか。                     </div>						

- \*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。  
 \*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。  
 1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・血液学的検査 (2)

実施の有無		クエン酸フェンタニル投与後 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)			
検査項目(単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
白血球数 (/ $\mu$ l)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
赤血球数 (万/ $\mu$ l)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ヘモグロビン (g/dl)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ヘマトクリット (%)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血小板数 (万/ $\mu$ l)			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
白血球分画	好中球 (%)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	リンパ球 (%)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	単球 (%)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	好酸球 (%)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	好塩基球 (%)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

- \*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。  
 \*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。  
 1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

臨床検査・血液学的検査 (3)

実施の有無		追跡調査1 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)			
検査項目(単位)	基準値	測定値*1	検体採取 年月日	基準値からの 逸脱の理由*2	有意な変動
白血球数 (/μl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
赤血球数 (万/μl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ヘモグロビン (g/dl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ヘマトクリット (%)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血小板数 (万/μl)			月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
白血球分画	好中球 (%)		月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	リンパ球 (%)		月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	単球 (%)		月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	好酸球 (%)		月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	好塩基球 (%)		月 年 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コメント:					

\*1: 実施の有無が「有」だが、測定できなかった場合は「測定不能」、測定しなかった項目がある場合は「実施せず」と結果欄に記載する。  
 \*2: 基準値からの逸脱の理由を以下に示す。なお、2又は3の場合はその詳細をコメント欄に記載し、4の場合はその詳細を有害事象欄に記載する。  
 1. 生理的変動 2. 測定に問題あり 3. その他 4. 臨床的に有意な異常変動

医療機関	
被験者識別コード	

排尿・排便

□ 術後数時間以内に抜管された被験者(該当する場合、下欄に記載)				
時点	観察日時	排尿	排便	便秘
抜管後3~6時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	
抜管後7~10時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	
抜管後11~15時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	
フォローアップ日	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade )

□ NICU・病室への帰室までに抜管が困難だった被験者(該当する場合、下欄に記載)				
時点	観察日時	排尿	排便	便秘
手術室出室後 3~6時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	
手術室出室後 7~10時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	
手術室出室後 11~15時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)	
フォローアップ日	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade )

医療機関	
被験者識別コード	

悪心・嘔吐・掻痒

□ 術後数時間以内に抜管された被験者 (該当する場合、下欄に記載)						
時点	観察日時	悪心・嘔吐			掻痒	
		悪心	嘔吐	Grade		
抜管後10~20分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
抜管後45~75分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
抜管後3~6時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
抜管後7~10時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
抜管後11~15時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
フォローアップ日	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	

□ NICU・病室への帰室までに抜管が困難だった被験者 (該当する場合、下欄に記載)						
時点	観察日時	悪心・嘔吐			掻痒	
		悪心	嘔吐	Grade		
手術室出室後 10~20分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
手術室出室後 45~75分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
手術室出室後 3~6時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
手術室出室後 7~10時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
手術室出室後 11~15時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	
フォローアップ日	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 ( 回)		<input type="checkbox"/> 有 (Grade )	

医療機関	
被験者識別コード	

心電図

心電図異常の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)		
No.	開始時期	持続時間	Grade <sup>*1</sup>	コメント <sup>*2</sup>
	年 月 日 時 分 秒	分 秒		
	年 月 日 時 分 秒	分 秒		
	年 月 日 時 分 秒	分 秒		
	年 月 日 時 分 秒	分 秒		
	年 月 日 時 分 秒	分 秒		

\*1: グレーディングはNCI-CTC(共通毒性規準)を参考として行う。  
 \*2: 心電図異常の詳細等をコメント欄に記載する。



医療機関	
被験者識別コード	

ナロキソン投与 (1)

ナロキソン投与		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)			
投与年月日		年      月      日			
No.	投与時刻	投与量	時期	投与理由・所見	
	時      分		投与前	投与理由	<input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 覚醒不良 <input type="checkbox"/> その他 (                                      )
				縮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (                                      )
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (                                      )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 刺激に反応せず <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 覚醒
			投与後	縮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (                                      )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
				投与理由	<input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 覚醒不良 <input type="checkbox"/> その他 (                                      )
	時      分		投与前	縮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (                                      )
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (                                      )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 刺激に反応せず <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 覚醒
				投与理由	<input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 覚醒不良 <input type="checkbox"/> その他 (                                      )
			投与後	縮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (                                      )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
				投与理由	<input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 覚醒不良 <input type="checkbox"/> その他 (                                      )

医療機関	
被験者識別コード	

ナロキソン投与 (2)

投与年月日		年 月 日			
No.	投与時刻	投与量	時期	投与理由・所見	
	時 分		投与前	投与理由	<input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 覚醒不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
				縮瞳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 刺激に反応せず <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 覚醒
			投与後	縮瞳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
	時 分		投与前	投与理由	<input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 覚醒不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
				縮瞳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 刺激に反応せず <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 覚醒
			投与後	縮瞳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
				呼吸抑制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )
				意識状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化

医療機関	
被験者識別コード	

ETCO<sub>2</sub> (1)

治験薬投与日	年 月 日
--------	-------

時点		測定時刻	ETCO <sub>2</sub> (mmHg)	
挿管後・クエン酸フェンタニル初回投与前		① 時 分		
		② 時 分		
挿管後・クエン酸フェンタニル投与後(初回外科侵襲前)		① 時 分		
		② 時 分		
挿管後・クエン酸フェンタニル投与後(初回外科侵襲後)		① 時 分		
		② 時 分		
		③ 時 分		
		④ 時 分		
クエン酸フェンタニル追加投与1 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	① 時 分		
		② 時 分		
	追加投与後	① 時 分		
		② 時 分		
		③ 時 分		
		④ 時 分		
	クエン酸フェンタニル追加投与2 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	① 時 分	
			② 時 分	
追加投与後		① 時 分		
		② 時 分		
		③ 時 分		
		④ 時 分		
クエン酸フェンタニル追加投与3 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)		追加投与前	① 時 分	
			② 時 分	
	追加投与後	① 時 分		
		② 時 分		
		③ 時 分		
		④ 時 分		
	クエン酸フェンタニル追加投与4 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	① 時 分	
			② 時 分	
追加投与後		① 時 分		
		② 時 分		
		③ 時 分		
		④ 時 分		

医療機関	
被験者識別コード	

ETCO<sub>2</sub> (2)

時点		測定時刻		ETCO <sub>2</sub> (mmHg)
クエン酸フェンタニル追加投与5  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	①	時 分	
		②	時 分	
	追加投与後	①	時 分	
		②	時 分	
		③	時 分	
		④	時 分	
クエン酸フェンタニル追加投与6  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	①	時 分	
		②	時 分	
	追加投与後	①	時 分	
		②	時 分	
		③	時 分	
		④	時 分	
クエン酸フェンタニル追加投与7  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	①	時 分	
		②	時 分	
	追加投与後	①	時 分	
		②	時 分	
		③	時 分	
		④	時 分	
クエン酸フェンタニル追加投与8  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	①	時 分	
		②	時 分	
	追加投与後	①	時 分	
		②	時 分	
		③	時 分	
		④	時 分	
クエン酸フェンタニル追加投与9  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	①	時 分	
		②	時 分	
	追加投与後	①	時 分	
		②	時 分	
		③	時 分	
		④	時 分	
クエン酸フェンタニル追加投与10  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右欄記載)	追加投与前	①	時 分	
		②	時 分	
	追加投与後	①	時 分	
		②	時 分	
		③	時 分	
		④	時 分	