

急性中毒症例調査用紙 (メチルアルコール、エチレングリコール用)

急性中毒症例調査用紙 (メチルアルコール、エチレングリコール用)

サマリー・コメント

症例サマリー 自施設のサマリー添付でも結構ですが、個人が特筆されたい形式でお願ひ致します

治療大分類	治療小分類	内容
消化管除毒	消化管除毒の有無	1. 無し, 2. 有り
	胃洗浄	月 日 時 洗浄液 総洗浄量
	催吐-物理刺激	月 日 時
	催吐-吐根投与	月 日 時
	その他	

経腸療法 ・支持療法		1. 無し, 2. 有り
	輸液	1. 無し, 2. 有り
	アンダーシスの補正	1. 無し, 2. 有り
	抗酸薬剤の使用	1. 無し, 2. 有り
	昇圧剤の使用	1. 無し, 2. 有り
	その他	

解毒剤・拮抗剤の使用	1. 無し, 2. 有り
エタノール	経路(静注・経口・その他) 一回投与量 mL× 回 期間 月 日 ~ 月 日
	使用物質・濃度( )
4-NIP	経路(静注・経口・その他) 一回投与量 mL× 回 期間 月 日 ~ 月 日
集積	経路(皮下注・筋注・その他) 一回投与量 mg× 回 期間 月 日 ~ 月 日
チアミン	経路(静注・皮下注・筋注・その他) 一回投与量 mg× 回 期間 月 日 ~ 月 日
ヒドキシシン	経路(静注・皮下注・筋注・その他) 一回投与量 mg× 回 期間 月 日 ~ 月 日
その他	

排泄促進		1. 無し, 2. 有り
	頻回利尿	月 日
	血液透析	1. 無し, 2. 有り 時間× 回
	腹膜透析	1. 無し, 2. 有り 時間× 回
	血液灌流・吸着	1. 無し, 2. 有り 時間× 回
	血液体外濾過	1. 無し, 2. 有り 時間× 回
	その他	

無処置	1. 無し, 2. 有り
他診	1. 無し, 2. 有り
その他 有無明述 特記事項	

主治医コメント 中程度毒質と症状の因果関係等を含め、先述のお感じになったことをお書きください

原因化学物質 分析の有無	1. 無し, 2. 有り (定性・定量) 検体: 血清・尿・その他( )
化学物質名	1. メチルアルコール, 2. エチレングリコール, 8. その他( )
分析方法	1. ガスクロマトグラフ(HPLC), 8. その他( )
結果 検体採取	月 日 時 分 定取量 単位 特記事項
	月 日 時 分
	月 日 時 分

急性中毒症例調査用紙 (フッ化水素酸用)

Table with columns for patient information, symptoms, and medical history. Includes sections for '急性中毒症例調査用紙 (フッ化水素酸用)', '症状1', and various clinical observations.

基本情報

Table for basic information including patient name, age, sex, date of admission, and medical history. Includes fields for '患者', '既往症の有無', '中毒原因物質', '経路', '発症年月日', '発生場所', '状況', '現病歴/経過状況', '受診年月日', '症状の有無', '処置の有無', '診断', '転院の有無', '経過', '後遺症の有無', and '重症度'.

急性中毒症例調査用紙 (フッ化水素酸用)

症状 2

Table with columns: 器官別 (Organ), 登録症状 (Registered symptoms), 発症するもの(に) (Onset of symptoms), 出現年月日・時刻 (Onset date/time), 消失年月日・時刻 (Resolution date/time), 特記事項 (Remarks). Rows include symptoms like 皮膚症状 (Skin symptoms), 呼吸器 (Respiratory), 消化器 (Gastrointestinal), etc.

急性中毒症例調査用紙 (フッ化水素酸用)

検査

Table for laboratory tests. Columns: 検査項目 (Test item), 正常値 (Normal value), 月日時分 (Date/Time), 月日時分 (Date/Time), 月日時分 (Date/Time), 月日時分 (Date/Time). Rows include 赤血球 (RBC), 白血球 (WBC), LDH, etc.

その他検査

Table for other tests. Columns: 検査項目 (Test item), 検査日 (Date), 時刻 (Time), 所見 (Findings). Rows include 単純X線撮影 (Plain X-ray), CT, MRI, etc.

Form for patient information and investigation details. Includes fields for 原因化学物質 (Cause chemical), 分析の有無 (Analysis status), 化学物質名 (Chemical name), 分析方法 (Analysis method), 結果 (Result), 検体採取 (Specimen collection), 定価 (Price), 単位 (Unit), 特記事項 (Remarks).

急性中毒症例調査用紙  
(フッ化水素酸用)

治療

サマリー・コメント  
(フッ化水素酸用)

治療大分類	治療小分類	内容	月	日	時	洗浄液	総洗浄量	
表向除染	皮膚除染		月	日	時	洗浄液	総洗浄量	
	眼洗浄		月	日	時	洗浄液	総洗浄量	
その他								
希釈	希釈(水・ミルクの摂取)		月	日	時	摂取物質	摂取量	
	消化管除染の有無	1. 無し, 2. 有り						
消化管除染	胃洗浄		月	日	時	洗浄液	総洗浄量	
	その他							
対症療法 ・支持療法	酸素マスク	1. 無し, 2. 有り				心マッサージ	1. 無し, 2. 有り	
	挿管	1. 無し, 2. 有り				除細動	1. 無し, 2. 有り	
	人工呼吸	1. 無し, 2. 有り				ベースオウカー	1. 無し, 2. 有り	
	輸液	1. 無し, 2. 有り				加温	1. 無し, 2. 有り	
	輸血	1. 無し, 2. 有り				冷却	1. 無し, 2. 有り	
	アシドーシスの補正	1. 無し, 2. 有り						
	抗痙攣剤の使用	1. 無し, 2. 有り						
	昇圧剤の使用	1. 無し, 2. 有り						
	その他							

症例サマリー 長編誌のサマリー添付でも結構ですが、個人が特定されない形式でお願い致します

解毒剤・拮抗剤	経路(経注)	一回投与量	mg ×	回	期間	月	日	月	日
解毒剤・拮抗剤の使用	1. 無し, 2. 有り								
塩化カルシウム	経路(経注)	一回投与量	mg × <td>回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td></td>	回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td>	期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td>	月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td>	日 <td>月 <td>日</td> </td>	月 <td>日</td>	日
グルコン酸カルシウム	経路(経注)	一回投与量	mg × <td>回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td></td>	回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td>	期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td>	月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td>	日 <td>月 <td>日</td> </td>	月 <td>日</td>	日
	経路(経皮)	一回投与量	mg × <td>回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td></td>	回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td>	期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td>	月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td>	日 <td>月 <td>日</td> </td>	月 <td>日</td>	日
	経路(皮下・静脈・動脈注入)	一回投与量	mg × <td>回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td></td>	回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td>	期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td>	月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td>	日 <td>月 <td>日</td> </td>	月 <td>日</td>	日
	経路(その他)	一回投与量	mg × <td>回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td></td>	回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td>	期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td>	月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td>	日 <td>月 <td>日</td> </td>	月 <td>日</td>	日
その他									
精神従遊	強固利尿	1. 無し, 2. 有り			月	日			
	血液透析	1. 無し, 2. 有り			月	日		時間 ×	回
	腹膜透析	1. 無し, 2. 有り			月	日		時間 ×	回
その他									
外科的処置	抜爪	1. 無し, 2. 有り			月	日		部位	
	手術切開	1. 無し, 2. 有り			月	日		部位	
無処置	経過観察	1. 無し, 2. 有り							
	拒否	1. 無し, 2. 有り							
その他 治療関連 特記事項									

主治医コメント 中毒原因物質と症状の因果関係等を含め、先生のお感じになったことをお書きください

急性中毒症例調査用紙 (プロムワレリル尿薬用)

施設名 \_\_\_\_\_ 記入年月日 20 年 月 日

記入者名 \_\_\_\_\_ 連絡先TEL \_\_\_\_\_

患者 年齢 歳 性別 男・女 体重(kg) \_\_\_\_\_ 臨床( )

既往症の有無 1. 無, 2. 有( )

中毒原因物質 商品名 \_\_\_\_\_ 量(単位もあわせて)

経路 \_\_\_\_\_

発症年月日 20 年 月 日 時 分 (24時間表記) (午前・午後) (確定・推定・不明)

発症場所 \_\_\_\_\_

状況 \_\_\_\_\_

1. 在宅, 2. 医療上の事故, 3. その他の原因, 4. 発症の経緯, 5. その他(具体的に)

2. 施設 (1. 自衛機関, 2. 医療上の事故, 3. その他の施設利用, 4. 見川, 5. 悪意による事故, 6. 悪意による事故, 7. 車内(具体的に), 8. その他(具体的に), 9. 不明)

3. 密閉施設, 4. 高齢者施設, 5. 学校・幼稚園・保育所, 6. 屋内の公共スペース(具体的に), 7. 車内(具体的に), 8. その他(具体的に), 9. 不明)

急性中毒症例調査用紙 (プロムワレリル尿薬用)

症状 1

器官別	症状(該当するものに○)	出現年月日・時刻	消失年月日・時刻	特記事項
呼吸器	呼吸不全	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
循環器	胸痛	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
消化器	嘔吐・腹痛	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
泌尿器	尿量減少	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
皮膚	発疹	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	意識障害	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	昏倒	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	瞳孔異常	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	呼吸器	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	循環器	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	消化器	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	泌尿器	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	皮膚	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	
その他	その他	1. 無し 2. 有り	1. 無し 2. 有り	

基本情報

急性中毒症例調査用紙 (プロムワレリル尿薬用)

基本情報

施設名 \_\_\_\_\_ 記入年月日 20 年 月 日

記入者名 \_\_\_\_\_ 連絡先TEL \_\_\_\_\_

患者 年齢 歳 性別 男・女 体重(kg) \_\_\_\_\_ 臨床( )

既往症の有無 1. 無, 2. 有( )

中毒原因物質 商品名 \_\_\_\_\_ 量(単位もあわせて)

経路 \_\_\_\_\_

発症年月日 20 年 月 日 時 分 (24時間表記) (午前・午後) (確定・推定・不明)

発症場所 \_\_\_\_\_

状況 \_\_\_\_\_

1. 在宅, 2. 医療上の事故, 3. その他の原因, 4. 発症の経緯, 5. その他(具体的に)

2. 施設 (1. 自衛機関, 2. 医療上の事故, 3. その他の施設利用, 4. 見川, 5. 悪意による事故, 6. 悪意による事故, 7. 車内(具体的に), 8. その他(具体的に), 9. 不明)

3. 密閉施設, 4. 高齢者施設, 5. 学校・幼稚園・保育所, 6. 屋内の公共スペース(具体的に), 7. 車内(具体的に), 8. その他(具体的に), 9. 不明)



急性中毒症例調査用紙  
(プロムフレリル尿薬用)

治療

治療大分類	治療小分類	内容	月	日	時	洗浄液	総洗浄量	リ
消化管除毒	消化管除毒の有無	1. 無し, 2. 有り						
	胃洗浄	月 日 時				洗浄液		
	催吐-物理刺激	月 日 時						
	催吐-吐根投与	月 日 時						
	活性炭投与	月 日 時				投与物質		投与量
	その他の吸着剤投与	月 日 時				投与物質		投与量
	下剤投与	月 日 時				投与物質		投与量
	腸洗浄	月 日 時				洗浄液		総洗浄量
	内視鏡的除毒	月 日 時						
	その他							
対症療法 ・支持療法	酸素マスク	1. 無し, 2. 有り				心マウカージ		1. 無し, 2. 有り
	経管	1. 無し, 2. 有り				除細動		1. 無し, 2. 有り
	人工呼吸	1. 無し, 2. 有り				ペースメーカー		1. 無し, 2. 有り
	輸液	1. 無し, 2. 有り				加温		1. 無し, 2. 有り
	輸血	1. 無し, 2. 有り				冷却		1. 無し, 2. 有り
	アシドシスの補正	1. 無し, 2. 有り						
	利尿薬剤の使用	1. 無し, 2. 有り						
	昇圧剤の使用	1. 無し, 2. 有り						
		その他						

解毒剤 ・拮抗剤	経路(静注・経口・その他)	一回投与量	mg X	回	期間	月	日	月	日
解毒剤・拮抗剤の使用	1. 無し, 2. 有り								
塩化ナトリウム	経路(静注・経口・その他)	一回投与量	mg X <td>回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td></td>	回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td>	期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td>	月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td>	日 <td>月 <td>日</td> </td>	月 <td>日</td>	日
塩化アンモニウム	経路(静注・経口・その他)	一回投与量	mg X <td>回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td></td>	回 <td>期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td></td>	期間 <td>月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td></td>	月 <td>日 <td>月 <td>日</td> </td></td>	日 <td>月 <td>日</td> </td>	月 <td>日</td>	日
その他									
排便促進	強制利尿	1. 無し, 2. 有り				月	日		
	血液透析	1. 無し, 2. 有り				月	日	時間 X	回
	血液透析	1. 無し, 2. 有り				月	日	時間 X	回
	血液透析-吸着	1. 無し, 2. 有り				月	日	時間 X	回
	血液体外濾過	1. 無し, 2. 有り				月	日	時間 X	回
その他									
無処置	経過観察	1. 無し, 2. 有り							
	拒否	1. 無し, 2. 有り							

その他 治療関連 特記事項

急性中毒症例調査用紙  
(プロムフレリル尿薬用)

サマリーコメント

症例サマリー 貴施設のサマリー添付でも結構ですが、個人が特をされない形式でお問い合わせします

主治医コメント 中毒原因物質と症状の因果関係等を求め、先生のお感じになったことをお聞きください

急性中毒症例調査用紙 (カフエイン用)

基本情報

施設名 \_\_\_\_\_ 記入年月日 20 年 月 日

記入者名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 カ月 日 性別 男 / 女 体重 ( ) kg 職業 ( ) \_\_\_\_\_

既往症の有無 1. 無, 2. 有 ( ) \_\_\_\_\_

中毒原因物質 商品名 \_\_\_\_\_ 錠 (10錠含むおわせて)

経路 カフェイン含有錠 mg/錠・カプセル・mL (液体の場合)

1. 経口, 2. 吸入, 3. 経皮, 4. 眼, 5. 耳, 6. 注射 (具体的に), 9. 他 (具体的に)

98. その他 (具体的に) \_\_\_\_\_

発症年月日 20 年 月 日 時 分 (24時間表記) (牛油・午後) (確定・推定・不明)

発症場所 \_\_\_\_\_

1. 居住内, 2. 仕事場 (具体的に), 3. 医療施設, 4. 高齢者施設, 5. 学校・幼稚園・保育所, 6. 市内の公共スペース (具体的に), 7. 車内 (具体的に)

8. 屋外 (具体的に) \_\_\_\_\_

98. その他 (具体的に) \_\_\_\_\_

状況 \_\_\_\_\_

1. 不慮 [1. 労災, 2. 医療上の事故, 3. その他の誤使用, 8. その他の不慮の事故, 9. 不明], 2. 故意 [1. 自殺企図, 2. 区際上の事故, 3. その他の犯行, 4. 乱用, 6. 悪意による事故, 9. 不明], 8. その他 (具体的に) \_\_\_\_\_

99. 不明 \_\_\_\_\_

現病歴 / 経過状況 \_\_\_\_\_

受診年月日 20 年 月 日 時 分 (24時間表記)

来院前 (主訴) 1. 無, 2. 有, 9. 不明 \_\_\_\_\_

来院時 (初診時状況) 1. 無, 2. 有 \_\_\_\_\_

初診時 体温 °C, 脈拍数 /分, 呼吸数 /分, 呼吸数 /分, 意識レベル GCS = E ( ) V ( ) M ( )

来院後 (経過中症状) 1. 無, 2. 有 \_\_\_\_\_

来院前 1. 無, 2. 有, 9. 不明 \_\_\_\_\_

来院後 1. 無, 2. 有 \_\_\_\_\_

診察 \_\_\_\_\_

病状との因果関係 1. 無, 2. 有 ( ) \_\_\_\_\_

入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

外来通院期間\* 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 \*退院後フォローを含む

転院有無 \_\_\_\_\_

1. 無, 2. 有 (一転院目的) 1. 重症管理, 2. 略治フォロー, 3. 中核以外の基礎疾患の治療, 8. その他 (具体的に) \_\_\_\_\_

転院先病院名, 診療科, 担当医名, 電話番号 \_\_\_\_\_

転院 \_\_\_\_\_

1. 治療, 2. 略治, 3. 死亡, 9. 不明 \_\_\_\_\_

死亡の場合 死亡年月日 時 分 死亡原因 \_\_\_\_\_

後遺症の有無 1. 無, 2. 有 ( ) \_\_\_\_\_

重症度 1. 無症状, 2. 軽症, 3. 中等症, 4. 重症, 5. 死亡 \_\_\_\_\_

急性中毒症例調査用紙 (カフエイン用) 症状 1

器官別	症状	有無	出現年月日・時刻	消失年月日・時刻	特記事項
呼吸器	呼吸困難 (呼吸数は特記事項へ)	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
消化器	嘔吐 (嘔吐は特記事項へ)	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
循環器	胸痛 (胸痛は特記事項へ)	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
神経系	意識障害 (意識は特記事項へ)	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
皮膚	発疹 (発疹は特記事項へ)	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
泌尿器	尿量減少 (尿量は特記事項へ)	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
その他	その他 (具体的に)	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分



急性中毒症例調査用紙  
(カフエイン用)

治療

治療	内容	月	日	時	投与液	投与量
消化管除毒	消化管除毒の有無	1. 無し, 2. 有り				
胃洗浄		月	日	時	投与液	総洗浄量 L
活性炭投与		月	日	時	投与物質	投与量 g
その他の吸着剤投与		月	日	時	投与物質	投与量 g
下剤投与		月	日	時	投与物質	投与量 g
腸洗浄		月	日	時	投与液	総洗浄量 L
内視鏡的除去		月	日	時		
その他						
対症療法 ・支持療法						
酸素マスク	1. 無し, 2. 有り				心マッサージ	1. 無し, 2. 有り
挿管	1. 無し, 2. 有り				除細動	1. 無し, 2. 有り
人工呼吸	1. 無し, 2. 有り				ペースメーカー	1. 無し, 2. 有り
輸液	1. 無し, 2. 有り				加温	1. 無し, 2. 有り
輸血	1. 無し, 2. 有り				冷却	1. 無し, 2. 有り
アシドシスの補正	1. 無し, 2. 有り					
抗痙攣剤の使用	1. 無し, 2. 有り					
昇圧剤の使用	1. 無し, 2. 有り					
その他						

排泄促進						
強制利尿	1. 無し, 2. 有り	月	日			
血液透析	1. 無し, 2. 有り	月	日		時間 X	回
腹膜透析	1. 無し, 2. 有り	月	日		時間 X	回
血液灌流・吸着	1. 無し, 2. 有り	月	日		時間 X	回
交換輸血	1. 無し, 2. 有り	月	日			回
その他						
無呼吸	1. 無し, 2. 有り					
拒食	1. 無し, 2. 有り					
その他 治療関連 特記事項						

主治医コメント 中量原因物質と症状の因果関係等を代め、先生のお感じになったことをお書きください

急性中毒症例調査用紙  
(カフエイン用)

サマリー・コメント

サマリー・コメント	内容
症例サマリー	病歴等のサマリー紙付でも結構ですが、個人が特定されない形式でお願ひ致します







急性中毒症例調査用紙  
(幻覚性アンフェタミン類用) サマリー・コメント

症例サマリー 自編訳のサマリー添付でも結構ですが、個人が特定されない形式でお願い致します

主治医コメント 中量服用量と症状の因果関係等を含め、先生のお感じになったことをお書きください





急性中毒症例調査用紙  
(幻覚性トリプタミン類用)

症例サマリー 自施設のカマリーシートでも結構ですが、個人が特定されない形式でお願ひ致します

治療

急性中毒症例調査用紙  
(幻覚性トリプタミン類用)

治療方針	治療小分類	内容	
消化管除毒	消化管除毒の有無	1. 無し, 2. 有り	
	胃洗浄	月 日 時	洗浄液 総洗浄液
	活性炭投与	月 日 時	投与量 投与数
	その他の吸着剤投与	月 日 時	投与量 投与数
	下剤投与	月 日 時	投与量 投与数
	その他		
対症療法・支持療法	酸素マスク	1. 無し, 2. 有り	
	挿管	1. 無し, 2. 有り	
	人工呼吸	1. 無し, 2. 有り	
	輸液	1. 無し, 2. 有り	
	心マッサージ	1. 無し, 2. 有り	
	除細動	1. 無し, 2. 有り	
	ベースメーカー	1. 無し, 2. 有り	
	点滴	1. 無し, 2. 有り	
	アシドシスの補正	1. 無し, 2. 有り	
	抗酸剤の使用	1. 無し, 2. 有り	
	昇圧剤の使用	1. 無し, 2. 有り	
解毒剤・拮抗剤	解毒剤・拮抗剤の使用	1. 無し, 2. 有り	
	シントロンチナドラム	経服(経注・その他)	一回投与量 meX 回 期間 月 日 ~ 月 日
	その他		
排便促進	強制利尿	1. 無し, 2. 有り	月 日
	血液透析	1. 無し, 2. 有り	時間 X 回
	血液濾過・吸着	1. 無し, 2. 有り	時間 X 回
	その他		
無処置	経過観察	1. 無し, 2. 有り	
	拒否	1. 無し, 2. 有り	
その他	治療関連	特記事項	
原因化学物質	分析の有無	1. 無し, 2. 有り (定性・定量)	検体: 血清・尿・その他( )
	トライエージ	ICV(フェンクリジン類), HZO (ベンゾジアゼピン類), COC(コカイン系麻薬), AMH(覚せい剤)	
	(陽性のバンドにO)	THC(大麻), OPI(オピオイド系麻薬), BAI(バルビツール系麻薬), TCA(三環系抗うつ剤)	
	化学物質名	1. 5-MeO-DIPT, 2. 5-MeO-AMT, 3. AMT, 8. その他( )	
	分析方法	1. 高速液体クロマトグラフ(HPLC), 2. ガスクロマトグラフ(GC), 8. その他( )	
結果	検体採取	月 日 時 分	定価 単位 特記事項
		月 日 時 分	

主治医コメント 中毒原因物質と症状の因果関係等を念め、先生のお感じになったこともお書きください





急性中毒症例調査用紙  
(亜硝酸エステル類)

治療

治療大分類	治療小分類	内容
消化管除毒	消化管除毒の有無	1. 無し, 2. 有り
	胃洗浄	月 日 時 時 洗淨液 総洗浄量 L
	活性炭投与	月 日 時 時 投与物質 投与量 g
	その他の吸着剤投与	月 日 時 時 投与物質 投与量 g
	下剤投与	月 日 時 時 投与物質 投与量 g
	その他	

対症療法・支持療法	酸素マスク	1. 無し, 2. 有り
	補償	1. 無し, 2. 有り
	人工呼吸	1. 無し, 2. 有り
	輸液	1. 無し, 2. 有り
	心臓マッサージ	1. 無し, 2. 有り
	除細動	1. 無し, 2. 有り
	ペースメーカー	1. 無し, 2. 有り
	冷却	1. 無し, 2. 有り
	アシドシシスの補正	1. 無し, 2. 有り
	抗強痙攣剤の使用	1. 無し, 2. 有り
	利尿剤の使用	1. 無し, 2. 有り
	その他	

解毒剤・拮抗剤	解毒剤・拮抗剤の使用	1. 無し, 2. 有り
	メチレンブルー	経路(静注・経口・その他) 一回投与量 mg x 回 期間 月 日 日 日
	その他	
採血検査	採血回数	1. 無し, 2. 有り 月 日
	血液透析	1. 無し, 2. 有り 月 日 時間 x 回
	血液灌流・吸着	1. 無し, 2. 有り 月 日 時間 x 回
	交換輸血	1. 無し, 2. 有り 月 日 回
	その他	
無処置	経過観察	1. 無し, 2. 有り
	拒否	1. 無し, 2. 有り
その他	新薬関連 特記事項	

原因化学物質	分析の有無	1. 無し, 2. 有り (定性・定量) 検体: 血清・尿・その他( )
	トリエージ	ICV(ワエンシグリン類), HZO (ベンゾジアゼピン類), COC(コカイン系麻薬), AMH(覚せい剤) (陽性のバンドレO) THIC(大麻), OIH(セルヒネ系麻薬), BAK(γ-ヒドロキシブチレート), TCA(三環系抗うつ剤)
	化学物質名	
	分析方法	
	結果	検体採取 月 日 時 分 定価額 単位 特記事項
		月 日 時 分
		月 日 時 分

急性中毒症例調査用紙  
(亜硝酸エステル類用)

サマリー・コメント

症例サマリー— 警察官のサマリー添付でも結構ですが、個人が特定されない形式でお願ひ致します

主治医コメント— 中毒原因物質と症状の因果関係等を含め、先生のお感じになったことをお書きください