

資料7

検査

エチレングリコール用 急性中毒症例調査用紙

臨床化学検査成績 (別紙添付でも可)

Table with columns for test items (検査項目), units (単位), and dates/times (年月日 時分). Items include Hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct), Hemoglobin A1c (HbA1c), etc.

その他検査

Table for other tests (その他検査) with columns for test item (検査項目), date/time (検査日 時刻), and findings (所見). Items include chest X-ray (胸部X線撮影), CT, MRI, and ophthalmology (眼底検査).

患者背景 エチレングリコールによる中毒は肝臓の障害を大きく受けるため、中毒発症時に飲用していたかかわりが発症の出現に 影響する可能性があると考えられています。つきましては、判る範囲でご記入ください。

中毒発症時 飲酒の有無 1. 無, 2. 有 (酒の種類・量) 9. 不明

後遺症がある場合 1. 視力障害, 2. 残存外路症状, 3. 腎障害, 6. その他 ()

財団法人日本中毒情報センター

資料7

症状2

エチレングリコール用 急性中毒症例調査用紙

Table for symptoms (症状2) with columns for onset date/time (発症年月日・時刻), duration (持続時間), and specific symptoms (症状). Rows include symptoms like dizziness (めまい), blurred vision (視力低下), and tachycardia (心拍数増加).

その他 症状関連 特記事項

財団法人日本中毒情報センター

資料7

サマリリーコメント

エチレングリコール用
急性中毒症例調査用紙

症例サマリリー 貴施設のエチレングリコール中毒症例ですが、個人が特定されない形式でお願ひ致します

資料7

治療

エチレングリコール用
急性中毒症例調査用紙

治療大分類	治療小分類	内容	月	日	時	洗淨液	総洗淨量	月	日	月	日
消化管除染	消化管除染の有無	1. 無し, 2. 有り									
	胃洗淨										
	催吐-物理刺激										
	催吐-吐根投与										
	その他										
対症療法・支持療法	酸素マスク	1. 無し, 2. 有り									
	輸液	1. 無し, 2. 有り									
	アンドロースの補正	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										
解毒剤・拮抗剤	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 x	回	期間	月	日	月	日	
		使用物質・用量()									
	4-MP	経路(静注・経口・その他)	一回投与量	mL x	回	期間	月	日	月	日	
	薬液	経路(皮下注・筋注・その他)	一回投与量	mg x	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 x	回	期間	月	日	月	日	
	ピリドキシン	経路(静注・皮下注・筋注・その他)	一回投与量	mg x	回	期間	月	日	月	日	
	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					
	血液膜分離	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										
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. 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ィー, 8. その他()									
結果	検体採取	月	日	時	分	定置値	単位				特記事項
		月	日	時	分						
		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含め、先生のお慮りになつたことをお書きください

資料8

メチルアルコール用 生体試料の採取・保存法

1. 全般の注意
- 再検査が可能なように、採取した試料は必ず2本に分け、-20℃以下で凍結保存する。
 - 凍結時の膨張等を考慮し、試料は試料保存容器の6〜7割程度の容量を入れる。
 - 輸送中に容器のフタが開くことがあるので、フタをした上からフィルム(商品名)などとしてしっかり巻く。
 - 試料採取までに気管挿管等で薬物を使用した場合、解毒剤投与や人工透析を行った場合等も含め、採取時の状況に関して特記すべきことがあれば、資料③「分析用基本データ送附票」に明記する。
 - 可能であれば、来院時の尿でトライエージ(乱用薬物検出キット)による簡易定性検査を行い、その結果を資料④「分析用基本データ送附票」に記入する。

2. 血液(全血)について

- 1) 採血時刻・回数
- 来院時は、来院後できる限り早期に採血する。以後の採血は下記のタイムスケジュールを基本とする。
 - 基本のタイムスケジュール
 - 来院時を基点とし、計4回採取する。
 - ①来院時、②来院後12時間、③来院後2日(48時間)、④来院後3日(72時間)
 - 採血時刻は上記タイムスケジュールから前後しても差し支えない。また、欠損した時間があった場合も検討対象とする
 - ことは可能であるが、いずれの場合も採血した時刻を正確に記載することが重要である。

2) 採血量・手順

- 気筒との接触を避けるため、血液ガス分析用の採血に準じ、下記要領で行う。
 - ①ヘパリン入りのディスプレイ・ザブルのシリンジに、全血2mLを採取する。
 - ②注射芯を外してストッパ(ねじ込み式のプラキヤップ)で栓をする。
 - ③ポリ袋に入れて、-20℃以下で凍結保存する。
 - 個々の試料保存容器に患者イニシヤル、採血時刻、試料の種類を、濡れてもはがれないラベルもしくは油性ペンを用いて明記した後、試料を入れる。試料の取り違えがないよう、細心の注意を払う。
- 3) 容器
- 試料採取・保存容器 ディスポート・ザブルシリンジ(動脈血採血キットの粉末ヘパリン入り2.5mLシリンジ等、ヘパリン入りでない場合は採血前にヘパリンを少量吸い広げる。)
- ねじ込み式のプラキヤップ(手許にない場合は、ねじ込み式の3方活栓をつけて閉じる。この場合、輸送用の梱包時には注意が必要。)

3. 尿について

- 来院時の尿を採取管2本に採取し、-20℃以下で凍結保存する。
4. 試料送付について
- 本研究の試料送付専用の宅配便伝票を、送付先や送付手順を記載した資料「生体試料の送付法」、冷蔵専用シール等とともに追って事務局より送付するので、到着するまでは試料を凍結保存する。

5. 試料・症例収集全般に関する連絡先

- ヒト急性中毒症例収集事務局: 財団法人 日本中毒情報センター 症例収集担当 波多野敦生、野村奈央
〒562-0036 大阪府茨田市船場西2-2-1 ニューエリモビル
TEL: 072-726-9927 FAX: 072-726-9929 電子メール: poisoncase@poison-ic.or.jp
- ヒト急性中毒症例収集 ホームページ <http://www.jp-poison-ic.or.jp/poisoncase.nsf>

資料8

メチルアルコール用 分析用基本データ送附票

(記入後、試料に同封のこと)

施設名 _____ 記入年月日: 200 年 月 日

所属 _____ 連絡者名 _____

電話番号 _____ FAX番号 _____ e-mail _____

患者 症例番号 _____ (資料①に記載の番号)

患者識別 (イニシヤル等) _____ 年齢 _____ 歳 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 _____ 秒 (24時間制)

1. 確定 2. 推定 9. 不明

1. 冷凍 8. その他()

1. 男性 2. 女性

試料保存状況 1. 冷凍 8. その他()

1. 男性 2. 女性 3. 未検査

肝臓ウエールス検査 1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査

その他検査()

1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査

トライエージ (乱用薬物検出キット) 実施の場合、陽性結果が出たものに○ PCP BZO COC AMP THC OPI BAR TCA

送付材料リスト

試料NO.	採取時刻の目安	採取日時(正確に記載する)	種類	本数	備考
血液①	来院時	月 日 時 (24時間制)	全血 その他()		
血液②	来院後12時間	月 日 時 (24時間制)	全血 その他()		
血液③	来院後1日 (24時間)	月 日 時 (24時間制)	全血 その他()		
血液④	来院後2日 (48時間)	月 日 時 (24時間制)	全血 その他()		
血液⑤	来院後3日 (72時間)	月 日 時 (24時間制)	全血 その他()		
尿	来院時	月 日 時 (24時間制)			
		月 日 時 (24時間制)			
		月 日 時 (24時間制)			
		月 日 時 (24時間制)			
		月 日 時 (24時間制)			
		月 日 時 (24時間制)			
		月 日 時 (24時間制)			
		月 日 時 (24時間制)			

その他 特記事項等

厚生労働省健康科学研究所総合生命化学物質研究所(大阪府茨田市船場西2-2-1) 急性中毒症例収集事務局
財団法人 日本中毒情報センター

メチルアルコール用
急性中毒症例調査用紙

基本情報

資料8

施設名
記入者名
記入者所属
患者
既往症の有無
中毒原因物質

メチルアルコール含有量 %
情報源
現病時診
経路
発症年月日
発症場所
状況

現病歴
/ 陽性状況

受診年月日
症状の有無
処置の有無

診断
症状との因果関係
入院期間
外来通院期間*
転院有無
転帰
後遺症の有無
重症度(病勢)

メチルアルコール用
急性中毒症例調査用紙

症状1

資料8

Table with columns: 病名別 (Disease Category), 発症状況 (Onset Status), 症状・徴候 (Symptoms/Signs), 有無 (Presence), 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)

資料8

検査

メチルアルコール用
急性中毒症例調査用紙
臨床化学検査成績 (別紙添付でも可)

Table with columns for examination items (検査項目), normal values (正常値), and dates/times (年月日 時分). Items include Hemoglobin (HbC), Bilirubin (BUN), Creatinine (Cr), and various electrolytes.

その他検査

Table for other examinations (その他検査) with columns for item name (検査項目), date/time (検査日 時刻), and findings (所見). Includes CT, MRI, and eye examination (眼底検査).

患者背景: メチルアルコールによる中毒は肝臓の障害を大きく認めるため、中毒発症時に検出していたかどかが症状の出現に影響する可能性があると考えられます。つぎは、診断範囲で記入ください。
中毒発症時 飲酒の有無 1. 無, 2. 有 (酒の種類・量)
後遺症がある場合 1. 視力障害, 2. 断体外路症状, 3. 腎障害, 8. その他) 9. 不明

財団法人日本中毒情報センター

資料8

症状 2

メチルアルコール用
急性中毒症例調査用紙

Table for symptoms (症状) with columns for observation (観察), onset (出現年月日 時刻), and special notes (特記事項). Rows include symptoms like dizziness (眩暈), nausea (嘔吐), and visual disturbances (視覚異常).

その他 症状関連 特記事項

財団法人日本中毒情報センター

資料8

治療

メチルアルコール用
急性中毒症例調査用紙

治療小分類	治療	内容
消化管感染	消化管感染の有無	1. 無し, 2. 有り
胃洗浄	胃洗浄	月 日 時 洗浄液
催吐	催吐-物理刺激	月 日 時
嘔吐-吐根投与	嘔吐-吐根投与	月 日 時
その他	その他	
対症療法・支持療法	酸素マスク	1. 無し, 2. 有り
	輸液	1. 無し, 2. 有り
	アンドロジェン補正	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	

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-MP	経路(静注・経口・その他) 一回投与量 mL× 回 期間 月 日 ~ 月 日
炭酸	経路(皮下注・筋注・その他) 一回投与量 mg× 回 期間 月 日 ~ 月 日
ナリアミン	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
ピリドキソン	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	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× 回
	腹膜透析 1. 無し, 2. 有り 月 日 時間× 回
	血液灌流・吸着 1. 無し, 2. 有り 月 日 時間× 回
	血液体外循環 1. 無し, 2. 有り 月 日 時間× 回
その他	
無如置	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 情記事項

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()
	化学物質名	1. メチルアルコール, B. その他()
	分析方法	1. ガスクロマトグラフィ, B. その他()
結果	検体採取	月 日 時 分 定量値 単位 特記事項
		月 日 時 分
		月 日 時 分

資料8

サマリーコメント

メチルアルコール用
急性中毒症例調査用紙

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

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

資料9

フッ化水素用 生体試料の採取・保存法

1. 全般の注意
- ・再検査が可能ないように、採取した試料は必ず2本に分け、-20℃以下で凍結保存する。
 - ・凍結時の膨張等を考慮し、試料は試料保存容器の6〜7割程度の容量を入れる。
 - ・輸送中に容器のフタが開くことがあるので、フタをした上からラップフィルム(商品名)などでしっかり巻き、
 - ・試料採取までには気管挿管等で薬物を使用した場合、解凍剤投与や人工透析を行った場合等も含め、採取時の状況に詳しく特記すべきことがあれば、資料③「分析用基本データ連絡票」に明記する。
 - ・可能であれば、来院時の尿でトリエージー(乱用薬物検出キット)による簡易定性検査を行い、その結果を資料④「分析用基本データ連絡票」に記入する。

2. 血液(血清)について

- 1) 採血時刻・回数
- ・来院時は、来院後できる限り早期に採血する。以後の採血は下記のタイムスケジュールを基本とする。
 - ・基本のタイムスケジュール
来院時を基点とし、来院後12時間まで4時間ごと、さらに来院後24時間の計5回採取する。
①来院時、②来院後4時間、③来院後8時間、④来院後12時間、⑤来院後1日(24時間)
 - ・採血時刻は上記タイムスケジュールから前後しても差し支えない。また、火災した時間があった場合も検体対象とする
 - ・ことは可能であるが、いずれの場合も採血した時刻を正確に記載することが重要である。

2) 採血量・手順

- ・法定に依り、採取した血液を試料採取容器2本に5mLずつ採り、30分程度室温で放置して充分にフィブリンを析出させる。その後、速く分離して得られた血清(約2mL)を試料保存容器2本に入れ、-20℃以下で凍結保存する。
- ・個々の試料保存容器に患者イニシヤル、採血時刻、試料の種類を、濡れもはがれないラベルもしくは油性ペンを用いて明記した後、試料を入れる。試料の取り違えがないよう、細心の注意を払う。

3) 容器

- ・血中薬便に影響を与えおそれがあるため、採取容器・保存容器ともに血液凝固剤などの添加剤を使用していないものを使用する。
- ・試料採取容器 採血用ガラスチューブ：血清分腫れ剤や凝固剤、凝固促進剤の入っていないもの
- ・試料保存容器 アルミキャップ付ガラス製試料ビン(容量6mL程度、例えば、WILHEATON(商品名)など)
- ・用意できない場合にはマイクロチューブ(容量2mL程度)など各病院で使用している容器でも可

3. 尿について

- ・来院時の尿を採取管2本に採取し、-20℃以下で凍結保存する。

4. 試料送付について

- ・本研究の試料送付専用の宅配便伝票を、送付先や送付手順を記載した資料/生体試料の送付法1、冷蔵専用シール等とともに送って事務局より送付するので、到着するまでは試料を凍結保存する。

5. 試料・症例収集全般に関する連絡先

ヒト急性中毒症例収集事務所、財団法人日本中毒情報センター 症例収集担当 渡多野弥生、野村奈央
〒562-0036 大阪府茨田市船場西2-2-1 ニューエリセビル
TEL: 072-726-9927 FAX: 072-726-9929 電子メール: poisoncase@j-poison-ic.or.jp
ヒト急性中毒症例収集 ホームページ <http://www.j-poison-ic.or.jp/> poisoncase.nsf

資料9

フッ化水素用 分析用基本データ連絡票

(記入後、試料に同封のこと)

記入年月日: 200 年 月 日

施設名 _____ 連絡者名 _____
 所属 _____ e-mail _____
 電話番号 _____ FAX番号 _____
 患者 症例番号 _____ (資料①に記載の番号)
 患者識別 (イニシヤル等) _____ 年齢 _____ 歳 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 _____ 秒 (24時間制)
 発症年月日 _____ 1. 確定 2. 推定 9. 不明 _____ 1. 男性 2. 女性

試料保存状況 _____ 1. 冷凍 8. その他() _____
 肝炎ウイルス検査 _____ 1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査 _____ 1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査
 トリエージー _____ 1. 実施 2. 未実施 _____
 (乱用薬物検出キット) 実施の場合、陽性反応が出たものにO POP BZO COC AMP THC OPI BAR TCA

送付試料リスト

試料NO.	採取時刻の目安	採取日時(正確に記載する)	種類	本数	備考
血液①	来院時	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液②	来院後4時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液③	来院後8時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液④	来院後12時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液⑤	来院後1日 (24時間)	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
尿	来院時	月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			

その他 特記事項等 _____

財団法人日本中毒情報センター
 大阪府茨田市船場西2-2-1 ニューエリセビル
 TEL: 072-726-9927 FAX: 072-726-9929 電子メール: poisoncase@j-poison-ic.or.jp
 財団法人日本中毒情報センター

資料9

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

資料9

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

基本情報

施設名 _____ 記入年月日 20 年 月 日

記入者所属 _____ 連絡先TEL _____

患者 年齢 歳 性別 男・女 体重 () kg 職業 () _____

既往症の有無 _____ () . 9. 不明

中毒原因物質 商品名 _____ 量 (単位を合わせて)

フッ化水素含有量(濃度) % _____

情報源 1. 自己申告 2. 目撃者の申告 [1. 家族や知人, 8. その他 ()] [2. 警察, 3. 警察, 4. その他 ()]

現物持参 1. なし, 2. あり [1. ボトル, 2. ラベル, 3. 製品安全データシート(MSDS)], 8. その他 ()

経路 1. 経口, 2. 吸入, 3. 経皮, 4. 噴 _____, 9. 不明

発症年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

発症場所 _____ 1. 居住内, 2. 仕事場, 3. 医療施設, 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, 7. 車内, 8. 屋外, 9. その他 ()

状況 1. 不慮 (1. 労災, 2. 医療上の事故, 3. その他の不使用), 8. その他の不慮の事故, 9. 不明
2. 故意 (1. 自殺企図・自衛行為, 2. 医療上の事故, 3. その他の乱用, 4. 乱用, 5. 悪戯による事故, 6. 悪戯による事故, 7. 悪戯による事故, 8. 悪戯による事故, 9. 不明)
3. その他(具体的に _____), 9. 不明

現病歴 / 陽性状況 _____

受診年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

症状の有無 来院前(主訴) 1. 無, 2. 有, 9. 不明
来院時(初診時所見) 1. 無, 2. 有
初診時 体温 _____ °C, 血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍数 _____ / 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

診断 症状との因果関係 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明
入院期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
外来通院期間* _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 *退院後フォローを含む
転院有無 1. 無, 2. 有+ 転院目的 1. 重症管理, 2. 転院治療, 3. 中等症以外の基礎疾患の治療, 4. その他(具体的に _____)

転院 1. 転院, 2. 転院, 3. 死亡, 9. 不明
死亡の場合 死亡年月日・時刻 _____ 年 月 日 時 分 死因 _____
後送症の有無 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明

重症度(概略) 1. 無症状, 2. 軽症(外来処置のみ・経過観察程度), 3. 中等症(入院併に一般病棟に入院加療を要する程度), 4. 重症(集中治療を要する), 5. 死亡

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

資料9

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

基本情報

施設名 _____ 記入年月日 20 年 月 日

記入者所属 _____ 連絡先TEL _____

患者 年齢 歳 性別 男・女 体重 () kg 職業 () _____

既往症の有無 _____ () . 9. 不明

中毒原因物質 商品名 _____ 量 (単位を合わせて)

フッ化水素含有量(濃度) % _____

情報源 1. 自己申告 2. 目撃者の申告 [1. 家族や知人, 8. その他 ()] [2. 警察, 3. 警察, 4. その他 ()]

現物持参 1. なし, 2. あり [1. ボトル, 2. ラベル, 3. 製品安全データシート(MSDS)], 8. その他 ()

経路 1. 経口, 2. 吸入, 3. 経皮, 4. 噴 _____, 9. 不明

発症年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

発症場所 _____ 1. 居住内, 2. 仕事場, 3. 医療施設, 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, 7. 車内, 8. 屋外, 9. その他 ()

状況 1. 不慮 (1. 労災, 2. 医療上の事故, 3. その他の不使用), 8. その他の不慮の事故, 9. 不明
2. 故意 (1. 自殺企図・自衛行為, 2. 医療上の事故, 3. その他の乱用, 4. 乱用, 5. 悪戯による事故, 6. 悪戯による事故, 7. 悪戯による事故, 8. 悪戯による事故, 9. 不明)
3. その他(具体的に _____), 9. 不明

現病歴 / 陽性状況 _____

受診年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

症状の有無 来院前(主訴) 1. 無, 2. 有, 9. 不明
来院時(初診時所見) 1. 無, 2. 有
初診時 体温 _____ °C, 血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍数 _____ / 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

診断 症状との因果関係 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明
入院期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
外来通院期間* _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 *退院後フォローを含む
転院有無 1. 無, 2. 有+ 転院目的 1. 重症管理, 2. 転院治療, 3. 中等症以外の基礎疾患の治療, 4. その他(具体的に _____)

転院 1. 転院, 2. 転院, 3. 死亡, 9. 不明
死亡の場合 死亡年月日・時刻 _____ 年 月 日 時 分 死因 _____
後送症の有無 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明

重症度(概略) 1. 無症状, 2. 軽症(外来処置のみ・経過観察程度), 3. 中等症(入院併に一般病棟に入院加療を要する程度), 4. 重症(集中治療を要する), 5. 死亡

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

資料9

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

基本情報

施設名 _____ 記入年月日 20 年 月 日

記入者所属 _____ 連絡先TEL _____

患者 年齢 歳 性別 男・女 体重 () kg 職業 () _____

既往症の有無 _____ () . 9. 不明

中毒原因物質 商品名 _____ 量 (単位を合わせて)

フッ化水素含有量(濃度) % _____

情報源 1. 自己申告 2. 目撃者の申告 [1. 家族や知人, 8. その他 ()] [2. 警察, 3. 警察, 4. その他 ()]

現物持参 1. なし, 2. あり [1. ボトル, 2. ラベル, 3. 製品安全データシート(MSDS)], 8. その他 ()

経路 1. 経口, 2. 吸入, 3. 経皮, 4. 噴 _____, 9. 不明

発症年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

発症場所 _____ 1. 居住内, 2. 仕事場, 3. 医療施設, 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, 7. 車内, 8. 屋外, 9. その他 ()

状況 1. 不慮 (1. 労災, 2. 医療上の事故, 3. その他の不使用), 8. その他の不慮の事故, 9. 不明
2. 故意 (1. 自殺企図・自衛行為, 2. 医療上の事故, 3. その他の乱用, 4. 乱用, 5. 悪戯による事故, 6. 悪戯による事故, 7. 悪戯による事故, 8. 悪戯による事故, 9. 不明)
3. その他(具体的に _____), 9. 不明

現病歴 / 陽性状況 _____

受診年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

症状の有無 来院前(主訴) 1. 無, 2. 有, 9. 不明
来院時(初診時所見) 1. 無, 2. 有
初診時 体温 _____ °C, 血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍数 _____ / 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

診断 症状との因果関係 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明
入院期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
外来通院期間* _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 *退院後フォローを含む
転院有無 1. 無, 2. 有+ 転院目的 1. 重症管理, 2. 転院治療, 3. 中等症以外の基礎疾患の治療, 4. その他(具体的に _____)

転院 1. 転院, 2. 転院, 3. 死亡, 9. 不明
死亡の場合 死亡年月日・時刻 _____ 年 月 日 時 分 死因 _____
後送症の有無 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明

重症度(概略) 1. 無症状, 2. 軽症(外来処置のみ・経過観察程度), 3. 中等症(入院併に一般病棟に入院加療を要する程度), 4. 重症(集中治療を要する), 5. 死亡

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

資料9

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

基本情報

施設名 _____ 記入年月日 20 年 月 日

記入者所属 _____ 連絡先TEL _____

患者 年齢 歳 性別 男・女 体重 () kg 職業 () _____

既往症の有無 _____ () . 9. 不明

中毒原因物質 商品名 _____ 量 (単位を合わせて)

フッ化水素含有量(濃度) % _____

情報源 1. 自己申告 2. 目撃者の申告 [1. 家族や知人, 8. その他 ()] [2. 警察, 3. 警察, 4. その他 ()]

現物持参 1. なし, 2. あり [1. ボトル, 2. ラベル, 3. 製品安全データシート(MSDS)], 8. その他 ()

経路 1. 経口, 2. 吸入, 3. 経皮, 4. 噴 _____, 9. 不明

発症年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

発症場所 _____ 1. 居住内, 2. 仕事場, 3. 医療施設, 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, 7. 車内, 8. 屋外, 9. その他 ()

状況 1. 不慮 (1. 労災, 2. 医療上の事故, 3. その他の不使用), 8. その他の不慮の事故, 9. 不明
2. 故意 (1. 自殺企図・自衛行為, 2. 医療上の事故, 3. その他の乱用, 4. 乱用, 5. 悪戯による事故, 6. 悪戯による事故, 7. 悪戯による事故, 8. 悪戯による事故, 9. 不明)
3. その他(具体的に _____), 9. 不明

現病歴 / 陽性状況 _____

受診年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

症状の有無 来院前(主訴) 1. 無, 2. 有, 9. 不明
来院時(初診時所見) 1. 無, 2. 有
初診時 体温 _____ °C, 血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍数 _____ / 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

診断 症状との因果関係 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明
入院期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
外来通院期間* _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 *退院後フォローを含む
転院有無 1. 無, 2. 有+ 転院目的 1. 重症管理, 2. 転院治療, 3. 中等症以外の基礎疾患の治療, 4. その他(具体的に _____)

転院 1. 転院, 2. 転院, 3. 死亡, 9. 不明
死亡の場合 死亡年月日・時刻 _____ 年 月 日 時 分 死因 _____
後送症の有無 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明

重症度(概略) 1. 無症状, 2. 軽症(外来処置のみ・経過観察程度), 3. 中等症(入院併に一般病棟に入院加療を要する程度), 4. 重症(集中治療を要する), 5. 死亡

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

資料9

フッ化水素用 急性中毒症例調査用紙

基本情報

施設名 _____ 記入年月日 20 年 月 日

記入者所属 _____ 連絡先TEL _____

患者 年齢 歳 性別 男・女 体重 () kg 職業 () _____

既往症の有無 _____ () . 9. 不明

中毒原因物質 商品名 _____ 量 (単位を合わせて)

フッ化水素含有量(濃度) % _____

情報源 1. 自己申告 2. 目撃者の申告 [1. 家族や知人, 8. その他 ()] [2. 警察, 3. 警察, 4. その他 ()]

現物持参 1. なし, 2. あり [1. ボトル, 2. ラベル, 3. 製品安全データシート(MSDS)], 8. その他 ()

経路 1. 経口, 2. 吸入, 3. 経皮, 4. 噴 _____, 9. 不明

発症年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

発症場所 _____ 1. 居住内, 2. 仕事場, 3. 医療施設, 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, 7. 車内, 8. 屋外, 9. その他 ()

状況 1. 不慮 (1. 労災, 2. 医療上の事故, 3. その他の不使用), 8. その他の不慮の事故, 9. 不明
2. 故意 (1. 自殺企図・自衛行為, 2. 医療上の事故, 3. その他の乱用, 4. 乱用, 5. 悪戯による事故, 6. 悪戯による事故, 7. 悪戯による事故, 8. 悪戯による事故, 9. 不明)
3. その他(具体的に _____), 9. 不明

現病歴 / 陽性状況 _____

受診年月日 _____ 年 月 日 時 分 (24時間表記) _____ 年 月 日 時 分 ()

症状の有無 来院前(主訴) 1. 無, 2. 有, 9. 不明
来院時(初診時所見) 1. 無, 2. 有
初診時 体温 _____ °C, 血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍数 _____ / 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

診断 症状との因果関係 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明
入院期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
外来通院期間* _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 *退院後フォローを含む
転院有無 1. 無, 2. 有+ 転院目的 1. 重症管理, 2. 転院治療, 3. 中等症以外の基礎疾患の治療, 4. その他(具体的に _____)

転院 1. 転院, 2. 転院, 3. 死亡, 9. 不明
死亡の場合 死亡年月日・時刻 _____ 年 月 日 時 分 死因 _____
後送症の有無 1. 無, 2. 有+ () . 9. 不明

重症度(概略) 1. 無症状, 2. 軽症(外来処置のみ・経過観察程度), 3. 中等症(入院併に一般病棟に入院加療を要する程度), 4. 重症(集中治療を要する), 5. 死亡

フツ化水素用
急性中毒症例調査用紙

症状 2

資料9

観察別	登録症状 (該当するものに○)	有無	出現年月日:時刻	消失年月日:時刻	特記事項
皮膚症状: その他	顔面/紅腫/出血/潰瘍/腫脹/掻痒感 全身/紅腫/出血/潰瘍/腫脹/掻痒感 四肢/紅腫/出血/潰瘍/腫脹/掻痒感 顔面/発赤/浮腫/皰疹	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
検査の 異常	爪・毛髪の異常	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	高ナトリウム血症/低ナトリウム血症/ナトリウム 低下	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	カリウム異常	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	高カリウム血症/カリウム高値/低カリウム血症/低カリウム値	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	高カルシウム血症/カルシウム高値/低カルシウム血症/カルシウム低値/リン高値/リン低値 高マグネシウム血症/マグネシウム高値/低マグネシウム血症/マグネシウム低値	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	白血球増多	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	高酸化異常	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	アシドーシス	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	胸部レントゲン異常	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	心電図上 不整脈	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	心電図上 波形異常	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	内科検査上 消化管粘膜病変	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
その他	フツ化水素濃度異常	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明
	フツ化水素濃度の上げ	1. 無し 2. 有り	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明	月 日 時 分 確定, 推定, 不明

フツ化水素酸使用中の事故の場合には、下記項目についても科長範囲でご書きください。

患者背景 作業従事者 作業の内容

作業場におけるグルコン酸カルシウム外用剤 常備の有無 1. 無, 2. 有, B. その他 () 9. 不明

保護具の状況 受保護 保護具の種類

服装時 保護具着用状況 1. 保護具なし, 2. 保護具あり, 9. 不明

服用していた保潔具 1. 顔面シールド, 2. 保護眼鏡, 3. 保護マスク(材質:), 4. 保護手袋(材質:), 5. 保護衣(材質:), 6. その他() 9. 不明

脱酸後 水洗までの時間

フツ化水素用
急性中毒症例調査用紙

検査

資料9

臨床化学検査成績 (別紙添付でも可)

検査項目	正常値	(単位)	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
赤血球(RBC)								
白血球(WBC)								
LDH								
クレアチニンキナーゼ(CK)								
コリンエステラーゼ(CHE)								
アンモニア(NH ₄)								
総ビリルビン(TB)								
BUN								
クレアチニン(G _{cr})								
ナトリウム(Na)								
カリウム(K)								
カルシウム(G _a)								
無機リン(P)								
マグネシウム(Mg)								
FiO ₂								
pH								
PO ₂								
PGO ₂								
BE								
HCO ₃ ⁻								

その他検査

検査項目	検査日	時刻	所見	特記事項
単純X線撮影	月 日	時 分		
CT	月 日	時 分		
MRI	月 日	時 分		
超音波検査[エコー]	月 日	時 分		
内臓鏡検査	月 日	時 分		
心電図検査(EKG)	月 日	時 分		
	月 日	時 分		

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. フツ化水素(F₂), B. その他 ()

分析項目	月 日 時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
結果	月 日 時 分											
検体採取	月 日 時 分											
検量値	月 日 時 分											
単位	月 日 時 分											
特記事項	月 日 時 分											

治療分類	治療小分類	内容	月	日	時	時	時	時	総洗淨量 L
表面除染	皮膚除染	洗淨液	月	日	時	時	時	時	総洗淨量 L
	眼洗淨	洗淨液	月	日	時	時	時	時	総洗淨量 mL
	その他								
希釈	希釈(水ミルクの濃度)	採取物質	月	日	時	時	時	時	採取量 mL
消化管除染	消化管除染の有無	1. 無し, 2. 有り							
	胃洗淨	洗淨液	月	日	時	時	時	時	総洗淨量 L
	その他								
対症療法 ・支持療法	酸素マスク	1. 無し, 2. 有り							
	拍撃	心マッサージ							
	人工呼吸	1. 無し, 2. 有り							
	輸液	ベースメーカー							
	輸血	1. 無し, 2. 有り							
	アシドシシスの矯正	加温							
	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 貴施設のみマリエー送付でも結構ですが、個人が特定されない形式でお願い致します

解毒剤・拮抗剤の使用	1. 無し, 2. 有り								
塩化カルシウム	経路(用法)	一回投与量	mg x	回	期間	月	日	月	日
グルコン酸カルシウム	経路(用法)	一回投与量	mg x	回	期間	月	日	月	日
	経路(用法)	一回投与量	mg x	回	期間	月	日	月	日
	経路(皮下・静脈・動脈注入)	一回投与量	mg x	回	期間	月	日	月	日
	経路(その他)	一回投与量	mg x	回	期間	月	日	月	日
その他									
排泄促進	強利尿剤	1. 無し, 2. 有り							
	血液透析	1. 無し, 2. 有り							
	腹膜透析	1. 無し, 2. 有り							
その他									
外科的処置	抜爪	1. 無し, 2. 有り							
	局所切除	1. 無し, 2. 有り							
	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きめ、先生のお感じになったこととお書きください

資料10

トリカブト用 生体試料の採取・保存法

1. 全般の注意
 - ・再検査が可能のように、採取した試料は必ず2本に分け、-20℃以下で凍結保存する。
 - ・凍結時の膨張等を考慮し、試料は試料保存容器の6〜7割程度の容量を入れる。
 - ・輸送中に容器のフタが開くことがあるので、フタを上からパラフィルム(商品名)などでしっかりと巻き、
 - ・試料採取直前に容器に気管挿管等で薬物を使用した患者、解熱剤投与や人工透析を行った場合等も含め、採取時の状況に關して特記すべきことがあれば、資料③「分析用基本データ連絡票」に明記する。
 - ・可能であれば、来院時の座でトライエージ(乱用薬物検出キット)による簡易動態性検査を行い、その結果を資料③「分析用基本データ連絡票」に記入する。

2. 血液(血清)について

- 1) 採血時刻・回数
 - ・来院時は、来院後できるだけ早期に採血する。以後の採血は下記のタイムスケジュールを基本とする。
 - ・基本のタイムスケジュール
 - 来院時を基点とし、来院後12時間まで4時間ごと、さらに来院後24時間の計5回採取する。
 - ①来院時、②来院後8時間、③来院後12時間、④来院後16時間、⑤来院後24時間
 - ・採血時刻は上記タイムスケジュールから前後しても差し支えない。また、欠拍した時間があっても検体対象とすることは可能であるが、いずれの場合も採血した時刻を正確に記録することが重要である。

2) 採血量・手順

- ・定法に従い、採取した血液を試料採取容器2本に5mLずつ取り、30分程度室温で放置して充分にフィブリンを析出させる。その後、適心分離して得られた血清(約2mL)を試料保存容器2本に入れ、-20℃以下で凍結保存する。
- ・例々の試料保存容器に患者イニシヤル、採血時刻、試料の種類を、濡れもはがれないラベルもしくは油性ペンを用いて明記した後、試料を入れる。試料の取り換えがないよう、細心の注意を払う。

3) 容器

- ・血中凝固に影響を与えるおそれがあるため、採取容器・保存容器ともに血液凝固剤などの添加剤を使用していないものを使用する。
- 試料採取容器 アルミキャップ付ガラス製試料ビン(容量50mL程度、例えば、WILKATON(商品名)など)
- 試料保存容器 ガラス製もしくはポリエチレン製の試験管
- 用意できない場合にはマイクロチューブ(容量20mL程度)などを病院で使用している容器でも可

3. 胃内容物について

- ・吐物もしくは胃内容物吸引液(胃洗浄を行う際は微温湯や生食を入れる前)を、そのまま試料保存容器2本に採取し、-20℃以下で凍結保存する。(トリカブト根莖の確認等に利用することがある。)
- 試料保存容器 ガラス製もしくはポリエチレン製の試験管
- 脂脂によっては、凍結により破損することがあるので注意する

4. 尿について

- ・来院時の尿を採取2本に採取し、-20℃以下で凍結保存する。

5. 試料送付について

- ・本研究の試料送付専用の宅配便を、送付先や送付手順を記載した資料「生体試料の送付法」、冷蔵専用シール等とともに送って事務局より送付するので、到着するまでは試料を凍結保存する。

6. 試料・症例収集全般に関する連絡先

ヒト急性中毒症例収集事務局:財団法人日本中毒情報センター 症例収集担当 波多野弥生、野村奈央
〒562-0036 大阪府茨木市杉場西2-2-1 ニューエリゼビル
TEL:072-726-9827 FAX:072-726-9929 電子メール:poisoncase@j-poison-ic.or.jp
ヒト急性中毒症例収集 ホームページ: http://www.j-poison-ic.or.jp/ poisoncase.nsf

資料10
厚生労働省 医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用情報センター 医薬品副作用情報センター 医薬品副作用情報センター

資料10

トリカブト用 分析用基本データ連絡票

(記入後、試料に同封のこと)

記入年月日: 200 年 月 日

施設名													
所属	連絡先名												
電話番号	e-mail												
患者 症例番号	(資料①に記載の番号)												
患者性別 (マニヤル等)	年齢	歳	カ月	日	時	分	月	日	時	分	日	時	分
発生年月日	1. 確定 2. 推定 9. 不明			1. 男性 2. 女性									
試料保存状況	1. 冷凍 8. その他()												
肝臓ウエス検査	1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査 () 1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査 ()												
トライエージ	1. 実施 2. 未実施 (乱用薬物検出キット) 実施の場合、陽性反応が出たものに○ PCP BZO COC AMP THC OPI BAR TOA												

送付試料リスト

試料NO.	採取時刻の目安	採取日時(正確に記録する)	種類	本数	備考
血液①	来院時	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液②	来院後8時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液③	来院後12時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液④	来院後16時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液⑤	来院後24時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
胃内容物	来院時	月 日 時 分 (24時間制)	吐物・胃内容物 その他()		
尿	来院時	月 日 時 分 (24時間制)			

その他 特記事項等

厚生労働省 医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用情報センター 医薬品副作用情報センター 医薬品副作用情報センター

資料10

症状1

トリカブト用
急性中毒症例調査用紙

Table with columns: 発症別 (Onset), 発症症状 (Symptoms), 発症時刻 (Onset Time), 出現年月日・時刻 (Occurrence Date/Time), 消失年月日・時刻 (Disappearance Date/Time), 特記事項 (Remarks).

資料10

基本情報

トリカブト用
急性中毒症例調査用紙

Form for patient information including: 施設名 (Facility Name), 記入者名 (Recorder Name), 患者 (Patient) details, 取注の有無 (Specimen Collection), 中毒原因物質 (Poisoning Agent), トリカブト (Aconitum) details, 疑病 (Suspected Disease), 発生年月日 (Date of Occurrence), 発生場所 (Location), 状況 (Circumstances), 既往歴/陽性状況 (Past Medical History/Positive Status), 受診年月日 (Date of Visit), 症状の有無 (Symptoms), 処置の有無 (Treatment), 転院 (Transfer), 経過 (Course), 後遺症の有無 (Residual Symptoms), 重症度(併発) (Severity/Complications).

トリカブト用
急性中毒症例調査用紙

症状 2

資料 10

Table with columns: 病首別 (Disease Category), 要録症状 (Summary Symptoms), 症状・徴候 (Symptoms/Signs), 出現年月日・時刻 (Date/Time), 消失年月日・時刻 (Disappearance Date/Time), 特記事項 (Remarks). Rows include symptoms like 口腔粘膜異常, 呼吸器異常, 消化管出血, etc.

トリカブト用
急性中毒症例調査用紙

症状 3

資料 10

Table with columns: 病首別 (Disease Category), 要録症状 (Summary Symptoms), 症状・徴候 (Symptoms/Signs), 出現年月日・時刻 (Date/Time), 消失年月日・時刻 (Disappearance Date/Time), 特記事項 (Remarks). Rows include symptoms like 視力障害, 羞明・眼痛, 色覚異常, etc.

資料10

検査

トリカブト用
急性中毒症例調査用紙
臨牀化学検査成績 (別紙添付でも可)

Table with columns for test items, normal values, and dates. Items include Hematology (Hb, WBC, etc.), Chemistry (AST, ALT, etc.), and Clinical Chemistry (Creatinine, etc.).

Table for other tests (その他検査) including imaging (X-ray, MRI, etc.), electrophysiology (ECG, EEG, etc.), and other procedures (ECG, etc.).

財団法人日本中毒情報センター

資料10

症状 4

トリカブト用
急性中毒症例調査用紙
器官別 症状 (該当するものに○) 症状 4 (該当するものに○)

Table for clinical symptoms. Columns include organ systems (e.g., Hematology, Chemistry) and symptoms (e.g., Anemia, Hypertension, etc.).

その他 症状関連 特記事項

財団法人日本中毒情報センター

症例サマリー 貴施設のサマリー添付でも結構ですが、個人が特定されない形式でお願致します

治療大分類	治療小分類	内容	月	日	時	洗浄液	総洗浄量 L
表面除染	皮膚除染		月	日	時	洗浄液	総洗浄量 mL
	眼洗浄		月	日	時		
	その他						
希釈	希釈(水ミルクの摂取)	月 日 時 摂取物質	月	日	時	採取量	mL
消化管除染	消化管除染の有無	1. 無し, 2. 有り	月	日	時	洗浄液	総洗浄量 L
	嘔吐-物理刺激	月 日 時					
	嘔吐-吐腹投与	月 日 時					
	活性炭投与	月 日 時 投与物質	月	日	時	投与量	g
	その他の吸着剤投与	月 日 時 投与物質	月	日	時	投与量	g
	下剤投与	月 日 時 投与物質	月	日	時	投与量	g
	腸洗浄	月 日 時 洗浄液	月	日	時	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				心マウカージ	1. 無し, 2. 有り
	閉管	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
	アシト-シスの補正	1. 無し, 2. 有り					
	抗凝固剤の使用	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	
	腹膜透析	1. 無し, 2. 有り				月 日	時間 × 回
	血液灌流・吸着	1. 無し, 2. 有り				月 日	時間 × 回
	血液膜外濾過	1. 無し, 2. 有り				月 日	時間 × 回
	血漿交換	1. 無し, 2. 有り				月 日	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	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()	
	化学物質名						
	分析方法						
	結果	検体採取	月 日 時 分	定置値	単位	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念め、先生のお感じになったこととお書きください

資料11

フグ(テトロドトキシン)用 生体試料の採取・保存法

1. 全般の注意
- 再検査が可能ないように、採取した試料は必ず2本に分け、-20℃以下で凍結保存する。
 - 凍結時の膨張等を考慮し、試料は試料保存容器の8〜7割程度の容量を入れる。
 - 輸送中に容器のフタが開くことがあるので、フタをした上からパラフィルム(商品名)などでしっかりと巻き、試料採取までに気管挿管等で薬物を使用した場合、解毒剤投与や人工透析を行った場合も含め、採取時の状況に關して特記すべきことがあれば、資料③(分析用基本データ)に記録する。
 - 可能であれば、来院時の尿でトラウマエーゼ(乱用薬物検出キット)による簡易定性検査を行い、その結果を資料④(分析用基本データ)に記入する。

2. 血液(血清)について

- 1) 採血時刻・回数
- 来院時は、来院後できるだけ早期に採血する。以後の採血は下記のタイムスケジュールを基本とする。
 - 基本のタイムスケジュール
 - 来院時を基準とし、来院後12時間まで4時間ごと、さらに来院後24時間の計5回採取する。
 - ①来院時、②来院後8時間、③来院後12時間、④来院後12時間、⑤来院後1日(24時間)
- ・採血時刻は上記タイムスケジュールから前後しても差し支えない。また、火災の危険があった場合も採血対象とする

- 2) 採血量・手順
- ・定法に従い、採取した血液を試料採取容器2本に5mlずつ振り、30分程度室温で放置して充分にフィブリンを析出させる。その後、遠心分離して得られた血清(約2ml)を試料保存容器2本に入れ、-20℃以下で凍結保存する。
 - ・個々の試料保存容器に患者イニシヤル、採血時刻、試料の種類を、濡れてもはがれないラベルもしくは油性ペンを置いて明記した後、試料を入れる。試料の取り違えがないよう、細心の注意を払う。

3) 容器

- ・血中濃度に影響を与えるおそれがあるため、採取容器・保存容器ともに血液凝固剤などの添加剤を使用していないものを使用する。
 - 試料採取容器 採血用ガラスチューブ・血清分離剤や抗凝固剤、凝固促進剤の入っていないもの
 - 試料保存容器 アルミキャップ付ガラス製試料ビン(容量50ml程度、例えば、WHEATON(商品名)など)
- 用意できない場合にはマイクロチューブ(容量20μl程度)など各病院で使用している容器でも可

3. 胃内容物について

- ・吐物もしくは胃内容物吸引液(胃洗浄を行う際は微温湯や生食を入れる前)を、そのまま試料保存容器2本に採取し、-20℃以下で凍結保存する。(フグ(テトロドトキシン)採取の確認等に利用することがある。)
 - 試料保存容器 ガラス製もしくはポリエチレン製の試験管
- 樹脂によっては、凍結により破損することがあるので注意する

4. 尿について

- ・来院時の尿を採尿管2本に採取し、-20℃以下で凍結保存する。

5. 試料送付について

- ・本研究の試料送付専用の宅配便伝票を、送付先や送付手順を記載した資料(生体試料の送付法)、冷凍専用シール等とともに送って事務局より送付するので、到着するまでは試料を凍結保存する。

6. 試料・症例収集全般に関する連絡先

- ヒト急性中毒症例収集事務局: 財団法人日本中毒情報センター 症例収集担当 渡野野吹生、野村泰央
〒562-0036 大阪府茨田市船場西2-2-1 ニューエリモビル
TEL: 072-726-9927 FAX: 072-726-9929 電子メール: poisoncase@f-poison-ic.or.jp
- ヒト急性中毒症例収集 ホームページ: <http://www.f-poison-ic.or.jp/poisoncase.nsf>

資料11 分析用基本データ(凍結後、試料に回封のこと)

資料11

フグ(テトロドトキシン)用 分析用基本データ(凍結後、試料に回封のこと)

記入年月日: 200 年 月 日

施設名 _____ 連絡者名 _____
所属 _____ e-mail _____
電話番号 _____ FAX番号 _____
患者 症例番号 _____ (資料①に記載の番号)
患者性別 _____ 年齢 _____ 歳 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 _____ 秒
(イニシヤル等) _____ 1. 男性 2. 女性

発症年月日 _____ 1. 確定 2. 推定 9. 不明 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 _____ 秒(24時間制)

試料保存状況 _____ 1. 冷凍 8. その他 _____)

肝臓ウエッジ検査 _____ 1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査 _____) 1. 陰性 2. 陽性 3. 未検査
トラウマエーゼ _____ 1. 薬物 2. 未検査 _____)
(乱用薬物検出キット) _____ 1. 薬物の場合、陽性反応が出たものにCO PCP BZO GOC AMP THC OPI BAR TCA

送付試料リスト

試料NO.	採取時刻の目安	採取日時(正確に記録する)	種類	本数	備考
血液①	来院時	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液②	来院後4時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液③	来院後8時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液④	来院後12時間	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
血液⑤	来院後1日(24時間)	月 日 時 分 (24時間制)	血清 その他()		
胃内容物	来院時	月 日 時 分 (24時間制)	吐物・胃内容物 その他()		
尿	来院時	月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			
		月 日 時 分 (24時間制)			

その他 特記事項等

厚生労働科学研究費補助金「急性中毒・食中毒・薬物中毒のリスク管理」におけるトリープの利用に関する研究(研究費) 財団法人日本中毒情報センター

資料11

基本情報

資料11

フグ(テトロドトキシン)用 急性中毒症例調査用紙

Form with fields for patient information: 施設名, 記入者名, 記入者所属, 患者, 既往症の有無, 中毒原因物質, トラフグ, 経過, 発症年月日, 発症場所, 状況, 現病歴/曝露状況, 受診年月日, 症状の有無, 処置の有無, 診断, 入院期間, 外来通院期間, 軽院有無, 転院, 後遺症の有無, 重症度(経路).

症状1

資料11

フグ(テトロドトキシン)用 急性中毒症例調査用紙

Table with columns: 器管別, 登録症状, 出現年月日・時刻, 消失年月日・時刻, 特記事項. Rows include symptoms like 嘔吐, 腹痛, 呼吸困難, 浮腫, etc.

資料11

症状 3

フグ(テトロドトキシン)用 急性中毒症例調査用紙

Table with columns: 器官別 発症症状 (該当するものに○), 症状・徴候 (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. Rows include symptoms like 眼力障害, 羞明/眼痛, 色覚異常, 痲痺, 腹痛, 嘔吐, 眩暈, 対光反射の遅延, 眩暈, 角膜炎/結膜充血, 眼内異常 (両眼所見含む), 口腔粘膜刺激症状, 発声異常, 聴力障害, 鼻粘膜刺激症状, 嗅覚異常, 四肢麻痺, 筋痛, 皮膚の異常, 爪・毛髪 of 異常, 肝由来酵素異常, 腎機能障害, 筋由来異常, 精神系異常, ビリリビリン異常, コリンエステラーゼ異常, 高血糖, 低血糖, ナトリウム異常, カリウム異常, カルシウム・リン・マグネシウム異常, 蛋白異常, 全血球成分異常, 貧血, 白血球増多.

財団法人日本中毒情報センター

資料11

症状 2

フグ(テトロドトキシン)用 急性中毒症例調査用紙

Table with columns: 器官別 発症症状 (該当するものに○), 症状・徴候 (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. Rows include symptoms like 口腔粘膜異常, 唾液分泌異常, 嘔吐 (吐口の一過性(2回)), 下痢, 便秘, 消化管出血, 消化管穿孔, 腹痛, 腸蠕動亢進, 腸蠕動低下, 腸管の異常, 痺痺, 精神意識障害 (意識レベルは特記事項), 見当識障害, 記憶障害, 言語障害, 精神症状, 幻覚, 感覚異常, キランパルシー症候群, 痲痺, 筋線維性痲痺, 腱反射亢進, 運動失調, 筋力低下, 肝臓の異常, 腎臓障害・尿閉, 腎不全, 尿色・臭・量の異常, 血尿(血尿的).

財団法人日本中毒情報センター

器官別	発症症状 (該当するものに○)	症状 徴候 (該当するものに○)	消失年月日・時刻	特記事項
血液	白血球減少	白血球減少/多核白血球減少/顆粒減少	月 日 時 分	
出血傾向	出血傾向/尿状出血/FDP上昇/PT延長/PTT延長/血小板減少/DIC/血管内凝固	出血傾向/尿状出血/FDP上昇/PT延長/PTT延長/血小板減少/DIC/血管内凝固	月 日 時 分	
浮腫	頭血/血管内凝固/ヘモグロビン尿	頭血/血管内凝固/ヘモグロビン尿	月 日 時 分	
尿	尿赤/血尿	尿赤/血尿	月 日 時 分	
腎臓	腎臓機能障害	腎臓機能障害	月 日 時 分	
肝臓	肝臓機能障害	肝臓機能障害	月 日 時 分	
心臓	心臓機能障害	心臓機能障害	月 日 時 分	
神経系	神経系機能障害	神経系機能障害	月 日 時 分	
呼吸器	呼吸器機能障害	呼吸器機能障害	月 日 時 分	
消化器	消化器機能障害	消化器機能障害	月 日 時 分	
皮膚	皮膚障害	皮膚障害	月 日 時 分	
その他	その他	その他	月 日 時 分	

検査項目	正常値	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
赤血球(RBC)								
白血球(WBC)								
血球(ES)								
AST(GOT)								
ALT(GPT)								
LDH								
クレアチンキナーゼ(CK)								
コリンエステラーゼ(CHE)								
アミノニア(NH ₃)								
総ビリルビン(TB)								
PT								
BUN								
クレアチニン(Cr)								
ナトリウム(Na)								
カリウム(K)								
カルシウム(Ca)								
マグネシウム(Mg)								
乳酸脱水素(LDH)								
CO ₂ ヘモグロビン(COHB)								
PCO ₂								
pH								
PO ₂								
BE								
HCO ₃								

検査項目	検査日	時刻	所見	特記事項
車輻X線撮影	月 日	時 分		
CT	月 日	時 分		
MRI	月 日	時 分		
超音波検査(エコー)	月 日	時 分		
内視鏡検査	月 日	時 分		
心電図検査(EKG)	月 日	時 分		
心臓カテーテル	月 日	時 分		
脳波検査(EEG)	月 日	時 分		
脳誘発電位	月 日	時 分		
体性感覚誘発電位(SEP)	月 日	時 分		
脳電図検査(EMG)	月 日	時 分		
呼吸機能検査	月 日	時 分		
呼吸器ガス分析	月 日	時 分		
平衡機能検査	月 日	時 分		
聴覚検査	月 日	時 分		
蒸気代謝率	月 日	時 分		
生理指標検査	月 日	時 分		

治療大分類	治療小分類	内容	月	日	時	洗浄液	総洗浄量 L
表面除染	皮膚除染		月	日	時	洗浄液	総洗浄量 L
	咽洗浄		月	日	時	洗浄液	総洗浄量 mL

希釈	希釈(水・ミルクの採取)	月	日	時	採取物質	採取量 mL
	1. 無し, 2. 有り					
消化管除染	消化管除染の有無	月	日	時	洗浄液	総洗浄量 L
		月	日	時		
	催吐-物理刺激	月	日	時		
	催吐-吐剤投与	月	日	時		
	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	洗浄液	総洗浄量 L
	内視鏡的除去	月	日	時		

対症療法・支持療法	薬物	心マツサージ	1. 無し, 2. 有り
換気	無し, 2. 有り	心マツサージ	1. 無し, 2. 有り
挿管	無し, 2. 有り	除細動	1. 無し, 2. 有り
人工呼吸	無し, 2. 有り	ペースメーカー	1. 無し, 2. 有り
輸液	無し, 2. 有り	加温	1. 無し, 2. 有り
輸血	無し, 2. 有り	冷却	1. 無し, 2. 有り
アンダーニスの補正	無し, 2. 有り		
拮抗薬剤の使用	無し, 2. 有り		
昇圧剤の使用	無し, 2. 有り		

精液促進	精液換気	月	日
	1. 無し, 2. 有り	月	日
強利尿剤	無し, 2. 有り	月	日
血液透析	無し, 2. 有り	月	日
腹膜透析	無し, 2. 有り	月	日
血液灌流・吸着	無し, 2. 有り	月	日
血液段外濾過	無し, 2. 有り	月	日
血漿交換	無し, 2. 有り	月	日
交換輸血	無し, 2. 有り	月	日

無処置	経過観察	1. 無し, 2. 有り
	拒否	1. 無し, 2. 有り

原因化学物質	分析の有無	1. 無し, 2. 有り (定性・定量)	検体	血液・尿・その他()
化学物質名				
分析方法				
結果	検体採取	月	日	時
		分	定量値	単位
				特記事項

症例サマリー 貴施設で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