

報告先：沖縄県小児保健協会へ FAX をお願いします。（メール、郵送可）
FAX : 098-963-4402

本調査票を HP からダウンロード
 またはコピーしてお使い下さい。

対象：15歳未満の小児百日咳の入院例、2017年6月～12月

百日咳 入院例調査票(改訂 2017.2.1)

医療機関名				記入者氏名		
患者情報						
都道府県名	都 道 府 県			市町村区名	市 町 村 区	
生年月日	西暦	年	月	日	罹患時年齢	歳 か月
性別	男・女	出生時体重	g		出生週数	週 日
発症日（症状発生日）	西暦	年	月	日	想定された感染源	
診断日（診断確定日）	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
入院期間	日間	死亡	はい・いいえ			
患者臨床所見						
咳	有（1週間以上）・有（1週間未満）・無・不明			発作性連続性咳嗽	有・無	
吸気性笛声	有・無	咳き込み後の嘔吐	有・無		無呼吸発作	有・無
合併症	有（肺炎・けいれん・脳炎・その他）・無			呼吸苦(1歳以上)	有・無	
白血球数	/μl (Neutro %, Lym %)					
抗菌薬使用	有（薬剤名：）・無		呼吸器使用	有・無	ECMO 使用	有・無
検査（該当する欄に○を記入してください）						
PCR（陽性 陰性 未実施）、LAMP（陽性 陰性 未実施）、培養（陽性 陰性 未実施） 抗 PT-IgG 抗体価ペア血清で上昇（有 無 未実施） 百日咳菌-IgM/IgA 抗体（陽性 陰性 未実施）						
症例定義（該当する欄に○を記入してください）						
確定例	抗原診断（PCR 陽性、LAMP 陽性、培養陽性）、 血清診断（抗 PT 抗体価-対血清で上昇： EU/mL → EU/ml）、 抗 PT 抗体価-単血清（ EU/ml）、 百日咳菌 IgM/IgA 抗体陽性					
臨床診断例	1.咳（乳児は咳の期間は問わない、1歳以上は7日以上続く咳）、2.発作性連続性咳嗽、 3.吸気性笛声、4.咳嗽後の嘔吐、5.無呼吸発作（1歳以上は、呼吸苦）					
百日咳予防接種情報（できれば母子手帳で確認して記載してください）						
回数	接種日		種類*	ロット番号	発症前ワクチン接種回数	
1	西暦	年 月 日			（ ）回	
2	西暦	年 月 日			ワクチン接種数が3回未満の場合その理由	
3	西暦	年 月 日			<input type="checkbox"/> 年齢的に接種不可 <input type="checkbox"/> 接種拒否 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
4	西暦	年 月 日				
*種類：1=DTaP, 2=DTaP-sIPV, 3=その他（ ），4=不明						
感染源と推定された家族情報（有の場合にご記入ください）						
患者との関係	年齢	性別	百日咳症状	診断根拠		
		男・女	有・無	臨床診断・確定例（PCR 陽性、LAMP 陽性、培養陽性、血清診断）		
		男・女	有・無	臨床診断・確定例（PCR 陽性、LAMP 陽性、培養陽性、血清診断）		
		男・女	有・無	臨床診断・確定例（PCR 陽性、LAMP 陽性、培養陽性、血清診断）		