

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**

ご提出締め切り 7月5日(水)

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1月～5月

### 百日咳入院例サーベイランス調査票(改訂 2016.11.1)

医療機関名		記入者氏名	
患者情報（必ずご記入ください）			
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		□ 父 □ 母 □ 同胞	
診断日（診断確定日）	西暦	年	月 日
入院期間		日間	死亡
		はい・いいえ	
		□ 祖父母 □ その他（ ）	
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		肺高血圧症
			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
検査診断（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	以下のいずれかを満たす抗原診断（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、抗 PT 抗体価（単血清）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		
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
1	西暦 年 月 日		
			発症前ワクチン接種回数
			（ ）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		
4	西暦 年 月 日		
			□年齢的に接種不可 □接種拒否
			□基礎疾患 □その他（ ）
*種類：1 =DTaP, 2 =DTaP-sIPV, 3 =その他（ ）， 4 =不明			
家族情報			
患者との関係	年齢	性別	百日咳症状
		男・女	有・無
		男・女	有・無
		男・女	有・無
			予防接種歴
			有・無
			最終予防接種日（有の場合）
			西暦 年 月 日
			西暦 年 月 日
			西暦 年 月 日