

# 細菌性髄膜炎及び全身性感染症調査票

(入院時報告・退院時報告)

分離菌：(インフルエンザ菌・肺炎球菌・GBS)

初回記載日：(20 年 月 日)

施設名：( 病院) \*の部分は GBS の場合に記載して下さい。

記載者情報	記載者	E-mail
	Tel	Fax
患者イニシャル・性別	イニシャル (施設内番号 )	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日・発症時年月齢	生年月日 年 月 日	発症時年齢 歳 カ月 生後〇か月で発症の場合は、日齢 日
患者住所・入院日	沖縄県 市町村	入院日 年 月 日
Hib ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 接種回数( 回)、最終接種 年 月 日 製剤名(アクトヒブ ・ その他 )	
PCV 7 接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 接種回数( 回)、最終接種 年 月 日	
PCV 13 接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 接種回数( 回)、最終接種 年 月 日 製剤名(プレバナー13 ・ その他 )	
PCV 23 接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 接種回数( 回)、最終接種 年 月 日	
起炎菌が分離された材料と分離同定法	材 料 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他( ) 検査施設 <input type="checkbox"/> 自施設での菌培養 <input type="checkbox"/> 委託機関での菌培養 他検査方 <input type="checkbox"/> 抗原迅速検査 <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> その他( )	
感染症の診断名(該当する全てをチェック)	<input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 菌血症 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋炎 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> 骨髓炎 <input type="checkbox"/> 蜂巣炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他( )	
起炎菌	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌 → Hib であるとの同定 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> その他( )	
*在胎週数・出生体重	週 日 ・ _____グラム	
*分娩様式	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	
*母体のGBSスクリーニング検査	結 果 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 → 施行日 年 月 日 材 料 <input type="checkbox"/> 膈のみ <input type="checkbox"/> 膈+肛門周囲 <input type="checkbox"/> 膈+直腸 <input type="checkbox"/> その他( ) 検査法 <input type="checkbox"/> 培養( <input type="checkbox"/> 一般培地 <input type="checkbox"/> 選択培地) <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> その他( )	
*母体の分娩時抗菌薬投与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 抗菌薬( )・投与量と間隔( )	
転院の有無	<input type="checkbox"/> 有(転院先病院名 ) <input type="checkbox"/> 無	
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(基礎疾患病名： )	
初期治療に使った薬剤	<input type="checkbox"/> 抗菌薬( ) ステロイド： <input type="checkbox"/> 使用あり <input type="checkbox"/> 使用なし	
患者の集団保育の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> その他( )	
兄弟の年齢と集団保育	①( 歳、 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園) ②( 歳、 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園) ③( 歳、 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園) ④( 歳、 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園)	
特記すべき合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 膿瘍 <input type="checkbox"/> 硬膜下水腫(血腫) <input type="checkbox"/> その他( )	
転帰(評価の時期)	<input type="checkbox"/> 治癒(発症後 週) <input type="checkbox"/> 後遺症(発症後 週) <input type="checkbox"/> 死亡(発症後 日)	
後遺症有りの場合、その内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 硬膜下膿瘍 <input type="checkbox"/> 硬膜下水腫(血腫) <input type="checkbox"/> その他( )	

記入上の注意 ★本調査票は沖縄県小児保健協会のホームページよりダウンロード可能です

- \*の部分は GBS の場合に記載して下さい。
- 治療薬は、商品名で記入していただければ結構です。
- 菌は各施設で分離後、定期的に細菌検査室へ回収に伺います。

※沖縄県の FAX 送信番号 **098-963-4402** 沖縄県小児保健協会行き(TEL098-963-8462)