

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

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、2019年1月～6月

百日咳入院例サーベイランス調査票(改訂 2017.2.1)

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				
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	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					
4	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（ ）		
*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	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）					