

腸重積症サーベイランス調査票 (対象: 1歳未満)

腸重積症の患児に関して以下の項目についてご回答ください。選択肢のあるものに関しては□にチェックを入れてください。なお、IDは情報センターの方で記入しますので空欄のままをお願いいたします。

記載年月日	西暦(2017)年()月()日	ID ()
患者基本情報		
生年月・発症時年齢	西暦()年()月生・()か月	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	(沖縄) 都・道・府・県 () 区・市・町・村	
出生週数	() 週 () 日	出生体重 () グラム
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合具体的に()	
発症日	西暦()年()月()日	
入院日	西暦()年()月()日	
退院日	西暦()年()月()日	
発症前7日間の健康状態 (自由記載: 異常なしの場合「異常なし」と記載する)		
例) 腸重積症と診断される3日前より発熱、下痢。発症当日嘔吐あり		
腸重積症に関する原因検索の有無 (自由記載: 原因不明の場合「原因不明」と記載する)		
例) ロタウイルス迅速キット陰性、アデノウイルス迅速キット陽性		
病的先進部*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合具体的に() <input type="checkbox"/> 不明	
診断方法(複数回答可)、治療、転帰		
A項目	<input type="checkbox"/> 腹痛ないし不機嫌 <input type="checkbox"/> 血便(浣腸を含む) <input type="checkbox"/> 腹部腫瘤ないし膨満	
B項目	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったりして不活発 <input type="checkbox"/> ショック状態 <input type="checkbox"/> 腹部単純X線写真で腸管ガス分布の異常	
C項目	<input type="checkbox"/> 注腸造影、超音波、CT、MRI等の画像検査で特徴的所見	
治療方法	<input type="checkbox"/> 自然回復 <input type="checkbox"/> 観血的整復(外科的手術) <input type="checkbox"/> 非観血的整復 (バリウム・液体・空気による浣腸)	
転帰	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 転院 (転院先:) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()	
合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合具体的に()	
ロタワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> あり(下記も記入) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
ワクチン名	接種回数**	接種日
		西暦()年()月()日
		西暦()年()月()日
		西暦()年()月()日

* ポリープ、Meckel憩室、腸管重複症、アレルギー性紫斑病などの器質的病変を指す

** 患児にとって当該ワクチンの接種が何回目の接種かを記載する