

【小児における肺炎球菌感染症、全国サーベイランス】

登録ID [ ]

菌株登録後にWeb調査システムより発番される登録IDをご記載ください。

IPD(侵襲性肺炎球菌感染症)

<p>必須項目</p> <p>菌株の種別</p>	<p><input type="checkbox"/> IPD (侵襲性肺炎球菌感染症)</p>
<p>必須項目</p> <p>登録条件の確認</p>	<p>以下の条件を満たしていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p>① 細菌性髄膜炎、菌血症、肺炎、関節炎、腹膜炎と診断されていること</p> <p>② 無菌部位検体(髄液・血液・組織液など)から肺炎球菌が検出されていること</p> <p>③ 年齢 2ヵ月齢以上16歳未満</p>
<p>識別番号(任意入力)</p>	<p>[ ] *担当医師が菌株を特定するための任意のIDです。</p>
<p>必須項目</p> <p>性別</p>	<p><input type="checkbox"/> 男性      <input type="checkbox"/> 女性</p>
<p>必須項目</p> <p>発症時月齢年齢</p>	<p>生年月      西暦 _____年 _____月</p> <p>発症(入院)年月      西暦 _____年 _____月</p>
<p>必須項目 複数選択可</p> <p>肺炎球菌が分離された材料の種類</p>	<p><input type="checkbox"/> 血液</p> <p><input type="checkbox"/> 髄液      ↓その他を選択した場合は、無菌部位を記載</p> <p><input type="checkbox"/> その他無菌部位      無菌部位 [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> 喀痰</p> <p><input type="checkbox"/> 中耳貯留液(左)</p> <p><input type="checkbox"/> 中耳貯留液(右)</p>
<p>必須項目 複数選択可</p> <p>診断名</p>	<p><input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎</p> <p><input type="checkbox"/> 菌血症</p> <p><input type="checkbox"/> 関節炎</p> <p><input type="checkbox"/> 腹膜炎      ↓その他を選択した場合は、診断名を記載</p> <p><input type="checkbox"/> その他      診断名 [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> 肺炎</p> <p><input type="checkbox"/> 急性中耳炎</p>

【小児における肺炎球菌感染症、全国サーベイランス】

登録ID [ ]

菌株登録後にWeb調査システムより発番される登録IDをご記載ください。

IPD(侵襲性肺炎球菌感染症)

必須項目 居住する都道府県		[ ]	
肺炎球菌ワクチン接種歴	必須項目 PCV7接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		回数	[ ] 回 <input type="checkbox"/> 不明
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明
	必須項目 PPV23接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		回数	[ ] 回 <input type="checkbox"/> 不明
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明
	必須項目 PCV10接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		回数	[ ] 回 <input type="checkbox"/> 不明
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明
	必須項目 PCV13接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		回数	[ ] 回 <input type="checkbox"/> 不明
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明
	必須項目 Hib ワクチン接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		回数	[ ] 回 <input type="checkbox"/> 不明
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明
	必須項目 基礎疾患		<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は病名記載 <input type="checkbox"/> 無
必須項目 摘脾/解剖学的・機能的無脾		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
必須項目 発症時の初期治療	抗生剤	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は薬剤名記載 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名 [ ]
	その他特殊な治療	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は治療法記載 <input type="checkbox"/> 無	治療法 [ ]
必須項目 発症時のその他の治療	γグロブリン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	ステロイド	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
必須項目 集団保育		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
必須項目 同胞の年齢と集団保育	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	人数(患児を除く)	[ ] 人 ↓WEB調査システム上では、人数分の入力欄が作成されます	
	1人目	年齢	[ ] 歳 <input type="checkbox"/> 不明
		集団保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	2人目	年齢	[ ] 歳 <input type="checkbox"/> 不明
集団保育		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
必須項目 家族内喫煙	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は続柄を選択 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他	
必須項目 転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 治療中(転帰未確定)	