



## 【国内の小児における肺炎球菌莢膜血清型の疫学的検討】

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<br>居住する都道府県   |  | [ ]  |  |
| 肺炎球菌ワクチン接種歴  | 必須項目<br>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<br><input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している<br><input type="checkbox"/> 不明 |
|  | 必須項目<br>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<br><input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している<br><input type="checkbox"/> 不明 |
|  | 必須項目<br>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<br><input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している<br><input type="checkbox"/> 不明 |
|  | 必須項目<br>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<br><input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している<br><input type="checkbox"/> 不明 |
| 必須項目<br>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<br><input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している<br><input type="checkbox"/> 不明 |  |
| 必須項目<br>基礎疾患   | <input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は病名記載 <input type="checkbox"/> 無<br>病名 [ ]   |  |  |
| 必須項目<br>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<br>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<br>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<br>治療法 [ ]                                   |  |
| 必須項目<br>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<br>集団保育   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明  |  |  |
| 必須項目<br>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<br>(患児を除く)  | [ ] 人<br>↓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<br>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<br>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) |  |  |