

【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。

肺炎

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 病名 []	
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)	