

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 7月 13日 (金)

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、2017年6月~2018年6月

百日咳入院例サーベイランス調査票(改訂 2016.11.1)

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		□ 父 □ 母 □ 同胞	
診断日 (診断確定日)	西暦	年	月 日
入院期間		日間	死亡
		はい・いいえ □ 祖父母 □ その他 ()	
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		肺高血圧症
			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	以下のいずれかを満たす抗原診断 (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、抗 PT 抗体価 (単血清) 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		
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
1	西暦 年 月 日		
			発症前ワクチン接種回数 () 回
2	西暦 年 月 日		
3	西暦 年 月 日		
			ワクチン接種数が3回未満の場合その理由
4	西暦 年 月 日		
			□年齢的に接種不可 □接種拒否
			□基礎疾患 □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
		男・女	有・無
		男・女	有・無
		男・女	有・無
			予防接種歴
			有・無
			最終予防接種日 (有の場合)
			西暦 年 月 日
			西暦 年 月 日
			西暦 年 月 日