**細菌性髄膜炎及び全身性感染症調査票**

**（入院時報告・退院時報告）**

**分離菌：（インフルエンザ菌・肺炎球菌・GBS）**

**施設名：（　　　　　　　 病院） ＊沖縄県**

**初回記載日：（ 年　　　月　　　日）**

|  |  |
| --- | --- |
| 記載者氏名・e-mail | ・　e-mail |
| その他ご連絡先 | Tel　　　　　　　　　　　　　　　Fax |
| 患者イニシャル・性別 | （施設内番号：　　　　　　　　）　・　□男　　　□女 |
| 生年月・発症時年月齢 | 年　　　　月　　・　　発症時　　　　歳　　　ヵ月  　　　　　　　　　　　　　　生後0か月で発症の場合は、日齢　　　日 |
| 患者住所・入院日 | 県　　　　　　市　　・　　　　　　　年　　　月　　　日入院 |
| ワクチン接種歴 |  |
| Hibワクチン（アクトヒブ） | □なし　　□あり　→　接種回数（　　回）、最終接種　　　年　　月　　日 |
| 5種混合(DPT-IPV-Hib) | □なし　　□あり　→　接種回数（　　回）、最終接種　　　年　　月　　日 |
| PCV 7 | □なし　　□あり　→　接種回数（　　回）、最終接種　　　年　　月　　日 |
| PCV 13 | □なし　　□あり　→　接種回数（　　回）、最終接種　　　年　　月　　日 |
| PCV 15 | □なし　　□あり　→　接種回数（　　回）、最終接種　　　年　　月　　日 |
| PPSV23 | □なし　　□あり　→　接種回数（　　回）、最終接種　　　年　　月　　日 |
| 起炎菌が分離された材料と分離同定法 | 材　　料　□脳脊髄液　　□血液　　□その他（　　　　　　　　　　　）  検査施設　□自施設での菌培養　　□委託機関での菌培養  他検査法　□抗原迅速検査　□ＰＣＲ　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 感染症の診断名（該当するすべてをチェック） | □髄膜炎　□菌血症　□喉頭蓋炎　□関節炎　□骨髄炎　□蜂巣炎  □肺炎　　□中耳炎　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 起炎菌 | □インフルエンザ菌　→　Hibであるとの同定　□済み　□未実施  □肺炎球菌  □GBS　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＊在胎週数・出生体重 | 週　　　　　日 ・　　　　　　　グラム |
| ＊分娩様式 | □経膣分娩　　　□帝王切開 |
| ＊母体のGBSスクリーニング検査 | 結果　 □未施行　 □陽性 □陰性　→　施行日　　　年　　月　　日  材料　 □膣のみ　 □膣＋肛門周囲　　□膣＋直腸　　 □その他（　　　　）  検査法 □培養（□一般培地　□選択培地）　□PCR　　□その他（　　　　） |
| ＊母体の分娩時抗菌薬投与 | □なし  □あり　抗菌薬（　　　　　　　　）・投与量と間隔（　　　　　　　　　　　） |
| 転院の有無 | 転院　□有（転院先病院名　　　　　　　　　　）　　□無 |
| 基礎疾患の有無 | □なし　　□あり（基礎疾患病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 初期治療に使った薬剤 | □抗菌薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ステロイド：□　使用あり　□使用なし |
| 患者の集団保育の有無 | □なし　　□あり　→　□保育園、□幼稚園、□その他（　　　　　　　　） |
| 兄弟の年齢と集団保育 | ①（　　歳、□保育園　□幼稚園）　②（　　歳、□保育園　□幼稚園）  ③（　　歳、□保育園　□幼稚園）　④（　　歳、□保育園　□幼稚園） |
| 特記すべき合併症 | □なし　　　□痙攣発作　　　□膿瘍　　　□硬膜下水腫（血腫）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 転帰（評価の時期） | □治癒（発症後　 　週） □後遺症（発症後　　週） □死亡（発症後　　日） |
| 後遺症有りの場合、その内容 | □なし　□聴力障害　□発達障害　□てんかん　□水頭症　□硬膜下膿瘍  □硬膜下水腫（血腫）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

記入上の注意：　　１．治療薬は、商品名で記入していただければ結構です。

２．＊の部分はGBSの場合に記載してください。