

侵襲性細菌感染症調査票A(ver 8, 2024年6月～) ※肺炎球菌・インフルエンザ菌

黄色部分は、退院後に研究分担者から問い合わせをさせていただく場合があります

記入日 年 月 日

感染症発生動向調査ID	報告医師の氏名
報告医療機関名	
報告都道府県	<input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 宮城県 <input type="checkbox"/> 山形県 <input type="checkbox"/> 新潟県 <input type="checkbox"/> 三重県 <input type="checkbox"/> 奈良県 <input type="checkbox"/> 高知県 <input type="checkbox"/> 福岡県 <input type="checkbox"/> 鹿児島県 <input type="checkbox"/> 沖縄県

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
喫煙歴 (喫煙指数200以上)	<input type="checkbox"/> 現在あり <input type="checkbox"/> 過去あり(現在禁煙) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
アルコール多飲歴 ありの場合(酒類/1日量)	<input type="checkbox"/> あり (/) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
入院	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入院日	年 月 日
入院日数	日間
転帰	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 発症30日以内の死亡 <input type="checkbox"/> 不明
合併症 [§] (内容) :肺炎球菌・インフルエンザ菌 感染を原因とした	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
後遺症 [§] (内容) :肺炎球菌・インフルエンザ菌 感染を原因とした	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

§ 表右下に例を記載しました

診断時の年齢	歳
検体採取日 :IPDの診断に用いた検体の採取日	年 月 日
身長	cm
体重	kg
集中治療管理(ICU入室)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5歳以下の小児との同居	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
長期施設入所 (療養施設、グループホーム、 介護老人保健施設等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
IPD、IHD発症前10日以内の 季節性インフルエンザの併発*	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
IPD、IHD発症前30日以内の COVID-19の併発*	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
IPD、IHD発症前30日以内の RSV感染症の併発*	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

* 他の呼吸器ウイルス感染症の併発ありの場合は、調査票Bの記載をお願いいたします

基礎疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
基礎疾患の内容 (複数選択可)	基礎疾患ありの場合: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> 心血管障害 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 慢性肝疾患(肝硬変) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 陈旧性肺結核 <input type="checkbox"/> HIV感染症(AIDS) <input type="checkbox"/> 治療中の固形癌() <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療中 <input type="checkbox"/> 放射線治療中 <input type="checkbox"/> 治療中の血液癌() <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植() <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の既往() <input type="checkbox"/> 臓器移植() <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患() <input type="checkbox"/> ステロイド治療中 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤治療中 <input type="checkbox"/> 生物製剤治療中 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞(陳旧性含む) <input type="checkbox"/> 先天性無脾/低形成 <input type="checkbox"/> 脾臓摘出後 <input type="checkbox"/> 補体欠損症 <input type="checkbox"/> その他()

培養が陽性となった検体 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 関節液 <input type="checkbox"/> その他()
送付した菌株の分離検体	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 関節液 <input type="checkbox"/> その他()
病型(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 菌血症 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 椎体炎 <input type="checkbox"/> 胆のう炎 <input type="checkbox"/> 感染性大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 胸膜炎 <input type="checkbox"/> その他()
肺炎の診断根拠(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 胸部X線画像上の新たな陰影 <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上の新たな陰影
肺炎の診断補助(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 下気道検体から培養陽性 <input type="checkbox"/> 下気道検体のグラム染色所見 <input type="checkbox"/> 尿中抗原陽性
髄膜炎の診断根拠(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 髄膜刺激症状など臨床症状 <input type="checkbox"/> 髄液培養陽性 <input type="checkbox"/> 髄液抗原陽性 <input type="checkbox"/> PCR法による遺伝子検出
PPSV23(ニューモバックス NP®)接種	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 → ありの場合: 接種日 1回目(年 月頃) 2回目(年 月頃)
PCV13(プレベナー13®)接種	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 → ありの場合: 接種日 (年 月頃)
PCV15(バクニューバンス®)接種	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 → ありの場合: 接種日 (年 月頃)
PCV20(プレベナー20®)接種	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 → ありの場合: 接種日 (年 月頃)

(記入上の注意)

- ・感染症発生動向調査の届出用紙と突合できるよう、届出IDを必ずご確認ください。
- ・血清型別の結果につきましては、後日、本用紙にてご回答申し上げます。
- ・ワクチンの接種状況が不明の場合には、本人に再度ご確認の上、ご記入ください。

§ 合併症(例)

呼吸器: ARDS, 呼吸不全, 膿胸, 血胸, 気胸
循環器: 心膜炎, 心筋炎, 心不全, ショック, 心筋梗塞, 不整脈
中枢神経: 脳梗塞, 水頭症, 脳膿瘍
その他: DIC, 敗血症, 多臓器不全, 聴覚障害

§ 後遺症(例)

難聴, てんかん, 水頭症, 片麻痺, 認知機能障害

報告(血清型診断結果)	
-------------	--

※国立感染症研究所での最終結果は書面にて御担当の先生にご報告申し上げます。

