

所属学会	
------	--

日本呼吸器学会会員は記入不要です。
一般社団法人日本呼吸器学会

先生の会員番号	
---------	--

患者様の認識番号	
----------	--

インフルエンザ

インターネットサーベイ
手書き用 登録用紙

*** 必要事項をすべて記入してください。 ***

当システムの対象症例は、16 歳以上の入院例あるいは 肺炎合併の重症インフルエンザ患者 が対象となります。登録患者は右記のいずれに該当しますか。	<input type="checkbox"/> 肺炎合併+入院 <input type="checkbox"/> 肺炎合併+外来 <input type="checkbox"/> 肺炎なし+入院（社会的入院を含む）
---	--

1. 患者様の基本情報

年齢	歳	性別	男 ・ 女
登録患者は医療従事者ですか	はい ・ いいえ	家族内伝播がみられていますか	はい ・ いいえ
インフルエンザと診断した根拠 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 迅速判断キット <input type="checkbox"/> PCR 法など遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 臨床診断 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）		
インフルエンザの型	<input type="checkbox"/> A 型（具体的に： _____ ） <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> 不明		
インフルエンザ症状が出現した日	年 月 日	インフルエンザと診断した日	年 月 日
事前のワクチン接種についてー インフルエンザワクチン（直近 1 年以内）	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 不明		
事前のワクチン接種についてー 肺炎球菌ワクチン（直近 5 年以内）	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 不明		
患者背景・基礎疾患 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 特記すべき基礎疾患なし <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患（具体的に： _____ ） <input type="checkbox"/> 慢性心疾患（具体的に： _____ ） <input type="checkbox"/> 膠原病（具体的に： _____ ） <input type="checkbox"/> 代謝疾患（糖尿病など）（具体的に： _____ ） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（具体的に： _____ ） <input type="checkbox"/> 免疫不全症候群（具体的に： _____ ） <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 喫煙（1 日の本数と喫煙年数： _____ ） <input type="checkbox"/> 著しい肥満 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤投与患者 <input type="checkbox"/> 長期療養施設（ナーシングホーム）入所中 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）		

患者様の認識番号

2. 入院・肺炎に関する情報

入院となった理由 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 肺炎合併 <input type="checkbox"/> 脳症合併 <input type="checkbox"/> 全身状態不良（脱水、ショックなど） <input type="checkbox"/> 社会的背景（独居など） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
--------------------	---

※肺炎合併の場合は以下にお答えください。

発症場所による分類	市中肺炎 ・ 院内肺炎 ・ 医療・介護関連肺炎
肺炎の種類についてお答えください。	<input type="checkbox"/> 純インフルエンザウイルス肺炎（インフルエンザウイルスによる肺炎） <input type="checkbox"/> ウイルス細菌混合性肺炎（インフルエンザウイルス肺炎+細菌性肺炎） <input type="checkbox"/> 二次性細菌性肺炎（インフルエンザが一旦軽快した後に続発する細菌性肺炎） <input type="checkbox"/> 不明、あるいは分類困難
肺炎の原因として細菌の関与が考えられる場合の病原体名 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA) <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____） <input type="checkbox"/> 不明

3. 治療について

使用した抗インフルエンザ薬 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> タミフル <input type="checkbox"/> リレンザ <input type="checkbox"/> イナビル <input type="checkbox"/> ラピアクタ <input type="checkbox"/> 抗インフルエンザ薬を使用せず <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
どの治療を行いましたか ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 上記治療なし
抗菌薬の投与が行われましたか	<input type="checkbox"/> 抗菌薬投与なし <input type="checkbox"/> 抗菌薬投与あり（具体的に： _____）

4. 本症例の予後について

インフルエンザにおける最終的な予後 ※死亡例については、今後、詳細情報のご提供をお願いする場合がございます。	治癒 ・ 死亡 ・ 経過観察 ※現時点で不明であれば、後日、ご入力ください。尚、未入力の場合、10 日後、30 日後にご登録のメールアドレスにリマインダーメールが届きますので、ご了承ください。
---	---

5. 概況登録 今シーズンのインフルエンザについてお答えください。

今シーズンのインフルエンザは通年に比べて重症例が多いと感じますか？	感じる ・ 感じない ・ わからない
今シーズンでこれまでに診断（経験）したインフルエンザ症例数の概算をご記入ください	約（ _____ ）人 ※インフルエンザ診断検査が陽性となったこれまでの症例数の概算をご記入いただければと思います。