

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	00001 (5桁で記入)
患者様の認識番号	識別可能な番号を記入

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 checked="" 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	75 歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
登録患者は医療従事者ですか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	家族内伝播がみられていますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
インフルエンザと診断した根拠 ※複数選択可	<input checked="" 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 checked="" 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	2016年 3月 6日	インフルエンザと診断した日	2016年 3月 7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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 代謝疾患（糖尿病など）（具体的に： 糖尿病 ） <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 checked="" type="checkbox"/> 喫煙（1日の本数と喫煙年数： 20本を30年 ） <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： _____）		

