



## 肺炎 確認票

診察日：

カルテ番号：



※保護者の方へ お分かりになる範囲内でお子さんについてお答えください。

お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日	年齢	[ ] 歳 [ ] ヶ月
お住まいになられている都道府県			

質問事項		回答欄	
1.	今回の症状はいつ頃から見られましたか？	[ ] 月 [ ] 日 頃	
2.	「プレベナー」肺炎球菌ワクチンを接種されたことはありますか？  ● 「プレベナー」を接種されたことのあるお子さんにお伺いします。  これまでに何回接種されましたか？ 一番 最後に「プレベナー」を接種されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない  [ ] 回 <input type="checkbox"/> 分からない  <input type="checkbox"/> およそ2週間以内である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上前である <input type="checkbox"/> 分からない	
3.	その他の肺炎球菌ワクチン*を接種されたことはありますか？ 「はい」の場合には、その種類も教えてください。  *日本で一般的に接種できるワクチンは「プレベナー」のみですので、海外での接種又は個人輸入により接種されたことのあるお子さんが対象となります。  ● その他の肺炎ワクチンを接種されたことのあるお子さんにお伺いします。  これまでに何回接種されましたか？ 一番 最後にその他の肺炎球菌ワクチンを接種されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない ワクチンの種類を教えてください。 <input type="checkbox"/> PCV23 <input type="checkbox"/> PCV10 <input type="checkbox"/> その他 [ ]  [ ] 回 <input type="checkbox"/> 分からない  <input type="checkbox"/> およそ2週間以内である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上前である <input type="checkbox"/> 分からない	
4.	「ヒブワクチン」ヘモフィルスインフルエンザ菌b型(アクトヒブ)を接種されたことはありますか？  ● 「ヒブワクチン」を接種されたことのあるお子さんにお伺いします。  これまでに何回接種されましたか？ 一番 最後に「ヒブワクチン」を接種されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない  <input type="checkbox"/> およそ2週間以内である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上前である <input type="checkbox"/> 分からない	

裏に続きがあります。↓

5.	これまでに大きな病気にかかられたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ [ ] <span style="color: green;">病気の名前を教えてください。</span>
6.	今回の症状に対して、 他院で抗生素を処方されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ [ ] <span style="color: green;">薬の名前を教えてください。</span> <input type="checkbox"/> 分からない
7.	お子さんは保育園や幼稚園に通われていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
8.	兄弟はいますか？ 何人いますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない [ ] <span style="color: green;">人</span>
	兄弟がいる場合、それぞれのお子さんの年齢と保育園あるいは幼稚園に通われているか教えてください。	
	◆1人目      いくつですか？ 保育園又は幼稚園へ通園していますか？	[ ] 歳 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	◆2人目      いくつですか？ 保育園又は幼稚園へ通園していますか？	[ ] 歳 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	◆3人目      いくつですか？ 保育園又は幼稚園へ通園していますか？	[ ] 歳 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9.	一緒に住まれている家族に喫煙する人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
家族に喫煙をする人がいる場合、お子さんとの関係を教えてください。		
		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他

以上です。ありがとうございました。  
スタッフにお渡しください。



スタッフ 備考欄	
インフォームドコンセント取得状況	<input type="checkbox"/> 保護者（代諾者）より文書にて同意を取得した
	<input type="checkbox"/> 保護者（代諾者）より口頭にて同意を取得した
	説明日／確認日：20 年 月 日 確認者：
診断名	<input type="checkbox"/> 肺炎
	<input type="checkbox"/> その他 [ ]
採取部位	<input type="checkbox"/> 咳痰
	<input type="checkbox"/> その他 [ ]
抗生素	
転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 [ ]