

【小児における肺炎球菌感染症、全国サーベイランス】

登録ID []

菌株登録後にWeb調査システムより発番される登録IDをご記載ください。

急性中耳炎

必須項目 菌株の種別	<input type="checkbox"/> 急性中耳炎
必須項目 登録条件の確認	以下の条件を満たしていますか。 <input type="checkbox"/> はい ① 臨床症状と鼓膜所見から急性中耳炎と診断されていること(重症度は問わない) ② 年齢 2カ月齢以上5歳未満 ③ 鼓膜切開により採取できた検体から肺炎球菌が検出されていること ④ (切開後に排膿された中耳貯留液をシードスワブにて採取すること)
識別番号(任意入力)	[] *担当医師が菌株を特定するための任意のIDです。
必須項目 性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
必須項目 発症時月齢年齢	生年月 西暦 _____年 _____月 発症(入院)年月 西暦 _____年 _____月
必須項目 複数選択可 肺炎球菌が分離された材料の種類	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 髄液 ↓その他を選択した場合は、無菌部位を記載 <input type="checkbox"/> その他無菌部位 無菌部位 [] <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 中耳貯留液(左) <input type="checkbox"/> 中耳貯留液(右)
必須項目 複数選択可 診断名	<input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 菌血症 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> 腹膜炎 ↓その他を選択した場合は、診断名を記載 <input type="checkbox"/> その他 診断名 [] <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 急性中耳炎

【小児における肺炎球菌感染症、全国サーベイランス】

登録ID []

菌株登録後にWeb調査システムより発番される登録IDをご記載ください。

急性中耳炎

必須項目 居住する都道府県		[]		
肺炎球菌ワクチン接種歴	必須項目 PCV7接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		回数	[] 回 <input type="checkbox"/> 不明	
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明	
	必須項目 PPV23接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		回数	[] 回 <input type="checkbox"/> 不明	
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明	
	必須項目 PCV10接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		回数	[] 回 <input type="checkbox"/> 不明	
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明	
	必須項目 PCV13接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		回数	[] 回 <input type="checkbox"/> 不明	
		最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明	
必須項目 Hib ワクチン接種歴	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
	回数	[] 回 <input type="checkbox"/> 不明		
	最終接種から発症までの期間	<input type="checkbox"/> およそ2週間未満である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上経過している <input type="checkbox"/> 不明		
必須項目 基礎疾患		<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は病名記載 <input type="checkbox"/> 無	病名 []	
必須項目 摘脾/解剖学的・機能的無脾		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
必須項目 発症時の初期治療	抗生剤	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は薬剤名記載 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名 []	
	その他特殊な治療	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は治療法記載 <input type="checkbox"/> 無	治療法 []	
必須項目 発症時のその他の治療	γグロブリン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	ステロイド	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
必須項目 集団保育		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
必須項目 同胞の年齢と集団保育	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は下記記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
	人数 (患児を除く)	[] 人 ↓WEB調査システム上では、人数分の入力欄が作成されます		
	1人目	年齢 [] 歳	<input type="checkbox"/> 不明	
		集団保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	2人目	年齢 [] 歳	<input type="checkbox"/> 不明	
集団保育		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
必須項目 家族内喫煙	有無	<input type="checkbox"/> 有 ↓有の場合は続柄を選択 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
	続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他		
必須項目 転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 治療中(転帰未確定)		