

## 急性弛緩性麻痺症例60日後追跡報告書

## 基本情報

|   |   |  |      |   |
|---|---|--|------|---|
| 1 | 担当保健所   |  | 担当課  |   |
|   | 連絡日時  | 年 月 日 時  | 連絡方法 | <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 2 | 回答者   | <input type="checkbox"/> 医療機関(担当医・主治医など) <input type="checkbox"/> 家族・保護者(本人との関係: ) |      |   |
| 3 | 感染症発生動向調査システム報告 ID  |  | 4    | 患者居住地保健所名   |
| 5 | 国内におけるポリオワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 |  |      |   |
|   | 海外におけるポリオワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン <input type="checkbox"/> 生ワクチン、接種日: 年 月 日、接種国( ))                               |  |      |   |
|   | 発症前約3か月における同居家族等の生ワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄( )、接種日: 年 月 日、接種国( ))   |  |      |   |

## 診断及び検査等(発症日から起算し、60日から90日後の診断や検査の所見)

|  |  |
|--|--|
| 6  | 最終診断名:   |
| 7  | MRI 検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(撮影部位: 脊髄( <input type="checkbox"/> 造影あり、 <input type="checkbox"/> 造影なし)、 <input type="checkbox"/> 頭部) |
|  | 画像所見   |
| 8  | 電気生理学的検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |
|  | 運動神経伝導検査所見:  |
|  | 感覚神経伝導検査所見:<br>F波所見:   |
| 9  | 髄液検査の実施:<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(細胞数増多: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、その他所見( ))                               |
| 10   | 微生物学的検査  |
|  | ウイルス検査の実施<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体: )  |
|  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体: )   |
|  | 細菌検査の実施<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体: )  |
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体: ) |  |
| 11   | 自己抗体等のその他の検査結果   |

## 追跡時情報(発症日から起算し、60日から90日後)

|   |        |  |            |       |  |
|---|--------|--|------------|-------|--|
| 12  | 医療機関名: | 担当医:   | 診察日: 年 月 日 | 電話番号: |  |
|   | 追跡時の経過 | <input type="checkbox"/> 残存麻痺あり(上肢( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) 下肢( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)) <input type="checkbox"/> 残存麻痺なし <input type="checkbox"/> 既に死亡 |            |       |  |
|   |        | 運動麻痺の経過: <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 増悪傾向 <input type="checkbox"/> 不変   |            |       |  |
|   |        | 異常感覚の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |            |       |  |
|   |        | 感覚障害の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |            |       |  |
| 追跡時に認めた麻痺以外の症状や身体所見                       |        |  |            |       |  |
| その他の専門検討会における病型決定(ポリオとの鑑別)に資すると考えられる症例の情報 |        |  |            |       |  |