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	☐ 面接 ☐ 電話 ☐ その他()
2	回答者	☐ 医療機関(担当医・主治医など) ☐ 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: ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 4回 ☐ 5回			
	海外におけるポリオワクチン接種歴: ☐ 無 ☐ 有(☐ 不活化ワクチン ☐ 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: ☐ 無 ☐ 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: ☐ 無 ☐ 有(撮影部位: 脊髄(☐ 造影あり、 ☐ 造影なし)、 ☐ 頭部)
	画像所見
8	電気生理学的検査の実施: ☐ 無 ☐ 有
	運動神経伝導検査所見:
	感覚神経伝導検査所見: F波所見:
9	髄液検査の実施: ☐ 無 ☐ 有(細胞数増多: ☐ 無 ☐ 有、その他所見())
10	微生物学的検査
	ウイルス検査の実施 ☐ 無 ☐ 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)
	☐ 無 ☐ 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)
	細菌検査の実施 ☐ 無 ☐ 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)
☐ 無 ☐ 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	☐ 残存麻痺あり(上肢(☐ 右・ ☐ 左) 下肢(☐ 右・ ☐ 左)) ☐ 残存麻痺なし ☐ 既に死亡			
		運動麻痺の経過: ☐ 改善傾向 ☐ 増悪傾向 ☐ 不変			
		異常感覚の有無: ☐ 無 ☐ 有			
		感覚障害の有無: ☐ 無 ☐ 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					