

## 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: F波所見:
9	髄液検査の実施: <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 <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 <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					