

医療機関記入様式

- 一つの医療機関で複数の患者さんがいらっしゃる場合は、患者さんお一人につき一枚ご回答ください
(なお、13. の項目については、医療機関で代表してお一人の患者さんの様式にご記入ください。)

1. 発症日：((1) と (2) の両方について御記入ください)

(1) 症状初発日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初発症状の種類： _____)

(2) 麻痺症状発現日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 年齢 (0 歳の場合は月齢)： _____ 歳 (0 歳の場合は、 _____ か月)

3. 性別： _____

4. 患者さんの居住都道府県名： _____ 都・道・府・県

5. 臨床診断名： _____

6. 麻痺の部位： ①発症時： 単麻痺 (上肢・下肢)、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺

②症状ピーク時：単麻痺 (上肢・下肢)、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺

7. 筋委縮の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後)

8. 髄液細胞数の増加の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後)

9. 脊髄 MRI の異常所見の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後)

10. 発熱の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後)

11. 喘息様症状の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後)

12. ポリオワクチン接種歴の有無： IPV _____ 回 DPT-IPV _____ 回 OPV _____ 回

13. 2013年1年間、2014年1年間、2015年1-7月に同じ病院に急性弛緩性麻痺で入院された患者さんの数

(ア) 2013年1年間： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

(イ) 2014年1年間： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

(ウ) 2015年1-7月： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

(エ) 2015年8月以降： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

14. 主治医の先生のお名前、貴病院名、診療科名、連絡先

お名前： _____

貴病院名： _____ 診療科名： _____

メールアドレス： _____

以上です。ご協力どうもありがとうございました。