

## 新型コロナウイルス (nCoV)

### 急性呼吸器感染症 臨床的情報評価データツール

#### この症例報告書(CRF)の意図

この症例報告書は「主要情報」フォームと、各日の検査データと臨床データを記録する「各日」フォームの2種類があります。

主要情報フォームと、入院初日とICU入室日に各日フォームを記入してください。また、各日フォームは被験者が退院あるいは死亡するまで毎日記録してください。

#### 全般的な手引き

- この症例報告書は検査、問診、カルテからのデータをまとめて記録するためのものです。もし被験者が入院後に登録された場合は、日付をさかのぼって記録することになります。
- 被験者識別番号は施設を表す3桁の番号と4桁の被験者個人の番号から成り立っています。3桁の施設番号を取得しデータ管理システムに登録するには [ncov@isaric.org](mailto:ncov@isaric.org) に連絡してください。被験者番号は各登録施設で0001から始まります。もし一つの登録施設で複数の病棟にわたって被験者がいる、あるいは番号を順番に割り当てるのが難しい場合は、番号をブロック化するか、あるいはアルファベットを使っても構いません。例えばX病棟では0001あるいはA001から番号を割り当て、Y病棟では5001あるいはB001から割り当てるといった具合です。被験者識別番号は各ページの一番上の欄に記入してください。
- データは電子データベース REDCap <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> か各自のデータベースに入力してください。紙に印刷された症例報告書は電子データベースに入力するまで暫定的に使用できます。
- 被験者が別の施設に移された場合、引き続き同じ被験者識別番号を使用することが推奨されます。もしそれが難しい場合は新しい番号の記入欄を設けてください。
- 回答によって空欄にしておくよう指示がある場合を除き、全ての事項、欄に記入してください。
- 回答欄に□がある場合は答えを1つだけ選択してください。○がある場合は複数選択できます。
- 検査結果につき、情報がない、該当しない、あるいは不明の場合は「N/A」と記入してください。
- 欄外にデータを記録しないでください。追加情報は専用欄に記入してください。
- 紙に印刷された症例報告書を使用する場合は、インクではっきりと記入してください。
- 選択した回答には×印をつけてください。訂正する場合は、削除したい部分に横線を引き、正しい情報をその上部に書いてください。全ての訂正箇所には日付と署名を書き添えてください。
- 症例報告書は被験者ごとにまとめ、ホチキスでとめたり個別ファイルなどに保管してください。
- 紙に印刷された症例記録フォームのデータは、全て電子データベースに移してください。紙に印刷された症例報告書は各自で保管し、個人情報が入った症例報告書は電子メールや郵便で送らないでください。全てのデータは安全な電子データベースに移管してください。
- データは電子データ収集システム <https://redcap.medsci.ox.ac.uk/> に入力してください。各自の施設でデータを収集したい場合、各自のデータベースを構築しても構いません。
- 質問、コメント、フォーム使用の報告は [ncov@isaric.org](mailto:ncov@isaric.org) までお寄せください。

This document is officially translated from English into Japanese by Yurika Sakai (Infectious Diseases Data Observatory, University of Oxford), Mari Kajiwara Saito (London School of Hygiene and Tropical Medicine) and Makoto Saito (Institute of Medical Science, University of Tokyo).

## 主要情報フォーム

### 臨床的研究参加基準

新型コロナウイルス（nCoV）急性感染、あるいはその疑いが入院理由である:  はい  いいえ

### 疫学的要因

発症までの 14 日間に被験者は以下の項目のいずれかに該当する:

- |  |  |
|--|--|
| 新型コロナウイルス感染が報告された国や地域に渡航歴がある                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 |
| 新型コロナウイルス感染あるいはその疑いのある者とその人が症状のあった時に濃厚接触*がある           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 |
| 新型コロナウイルス感染者を収容している医療施設に滞在した                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 |
| 新型コロナウイルスあるいはその疑いがあるサンプルを扱う研究施設に滞在した                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 |
| 新型コロナウイルスが動物間に蔓延しているか、人獣共通感染により人間が感染したとみられる国で動物と直接接触した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 |

\*濃厚接触の定義:

- 新型コロナウイルス患者への直接的な医療介護を含む医療関連の接触。例: 医療従事者、新型コロナウイルスに感染した医療従事者と職場が同じ、新型コロナウイルス患者を訪問、あるいはその近くに滞在した、エアロゾルを含む体液や検体に直接曝露した
- 新型コロナウイルス患者と近接して一緒に働いた、あるいは同じ教室などにいた
- 新型コロナウイルス患者と一緒に行動を共にした（使用した交通機関の種類を問わず）
- 新型コロナウイルス患者と一緒に住んでいる

## 主要情報フォーム

背景情報	
医療施設名: _____	国: _____
登録日: [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
人種 (該当するものすべて選択) : <input type="radio"/> アラブ <input type="radio"/> アフリカ <input type="radio"/> 東アジア <input type="radio"/> 南アジア <input type="radio"/> 西アジア <input type="radio"/> 中南米 <input type="radio"/> 白人 <input type="radio"/> 先住民 <input type="radio"/> その他: _____ <input type="checkbox"/> 不明	
医療従事者として働いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
微生物学実験施設で働いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
出生時の性別:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明
推定年齢 [ ][ ][ ]歳	あるいは [ ][ ][ ]か月
妊娠している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当しない
はいと答えた場合: 妊娠週数: [ ][ ][ ]週	
産後である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない (いいえか該当しないと答えた場合は空欄のまま次の乳幼児の欄へ)	
出産結果: <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	出産日: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
新生児は母親が罹患した急性呼吸器感染症の検査を受けた <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない はいと答えた場合: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性      方法: <input type="checkbox"/> PCR 検査 <input type="checkbox"/> その他: _____	
乳幼児 - 1歳未満である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (もしいいえと答えた場合空欄のまま次へ)	
出生時体重: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/> kg or <input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> 該当しない
妊娠結果: <input type="checkbox"/> 正期産 (胎児年齢 37 週以上) <input type="checkbox"/> 早産 (胎児年齢 37 週未満) <input type="checkbox"/> 該当しない	
母乳育児である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない はいと答えた場合: <input type="checkbox"/> 現在母乳育児中 <input type="checkbox"/> [ ][ ][ ]週で断乳 <input type="checkbox"/> 該当しない	
年齢相応の成長である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
年齢・国に応じた予防接種を済ませている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当しない	

## 主要情報フォーム

併存疾患			
併存疾患とリスクファクター – チャールソン併存疾患指数が分析の際に算出されます。			
先天性心疾患を含む慢性心疾患 (高血圧は除く)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	肥満 (臨床スタッフの評価による)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
慢性肺疾患 (気管支喘息を除く)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	合併症のある糖尿病	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
気管支喘息 (医師の診断による)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	合併症のない糖尿病	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
慢性腎臓病	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	自己免疫性疾患	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
中等度または重度の肝疾患	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	認知症	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
軽度の肝疾患	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	低栄養	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
慢性神経障害	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	喫煙	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 元喫煙者
悪性新生物	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	その他のリスクファクター <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない はいと答えた場合具体的に: _____ _____	
慢性血液疾患	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない		
AIDS / HIV	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない		
発症と入院			
一番初めの症状の出現日: [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ]			
この施設への入院日: [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ]			
入院時間 (24 時間表示): [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ]			
他施設からの転院 <input type="checkbox"/> はい-登録済みの施設から <input type="checkbox"/> はい-未登録の施設から <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない			
はいと答えた場合:前施設名: _____ <input type="checkbox"/> 該当しない			
はいと答えた場合:前施設への入院日: [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> 該当しない			
はい-登録済みの施設からと答えた場合:			
前施設での被験者識別番号が: <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる: [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> 該当しない			
最初の症状が出現するまでの 14 日間に渡航歴がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明			
はいと答えた場合、場所と日付: 国: _____ 都市/地域: _____			
帰国日: [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> 該当しない (複数ある場合最後に記入する欄があります)			
最初の症状が出現するまでの 14 日間に動物、生肉と接触した、あるいは虫にさされた			
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当しない はいと答えた場合は動物曝露の欄を記入してください			

## 主要情報フォーム

入院時の徴候と症状 (受診/入院の24時間以内に、一番最初に収集できたデータ)	
体温: [ ][ ][ ][ ] °C か [ ][ ][ ][ ] °F                心拍数: [ ][ ][ ][ ] 回/分                呼吸数: [ ][ ][ ][ ] 回/分 収縮期血圧: [ ][ ][ ][ ] mmHg 拡張期血圧: [ ][ ][ ][ ] mmHg 重度の脱水: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 胸骨毛細血管再充満時間 (CRT) > 2 秒 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 酸素飽和度: [ ][ ][ ][ ] %                環境: <input type="checkbox"/> 室内気 <input type="checkbox"/> 酸素投与下 <input type="checkbox"/> 該当しない	
入院時の徴候と症状 (入院時に報告され、今回の急性疾患エピソードに関連するもの)	
発熱	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
咳嗽	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
+喀痰	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
血痰/咯血	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
咽頭痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
鼻汁 (鼻漏)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
耳痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
喘鳴	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
胸痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
筋肉痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
関節痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
疲労/倦怠感	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
息切れ (呼吸困難)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
陥没呼吸	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
頭痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
意識変容/混迷	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
痙攣発作	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
腹痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
嘔吐/嘔気	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
下痢	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
結膜炎	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
皮疹	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
皮膚潰瘍	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
出血	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
出血の場合その箇所:	_____
	_____
	_____

## 主要情報フォーム

病原体検査:				
今回の罹患期間中に病原体検査は行われた <input type="checkbox"/> はい (以下に記入) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない				
<b>インフルエンザ:</b> <input type="checkbox"/> はい—確定済み <input type="checkbox"/> はい—可能性が高い <input type="checkbox"/> いいえ <b>はいと答えた場合:</b> <input type="checkbox"/> A/H3N2 <input type="checkbox"/> A/H1N1pdm09 <input type="checkbox"/> A/H7N9 <input type="checkbox"/> A/H5N1 <input type="checkbox"/> A, 非特定 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他: _____				
<b>コロナウイルス:</b> <input type="checkbox"/> はい—確定済み <input type="checkbox"/> はい—可能性が高い <input type="checkbox"/> いいえ <b>はいと答えた場合:</b> <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> MERS <input type="checkbox"/> その他: _____				
<b>RS ウイルス:</b> <input type="checkbox"/> はい—確定済み <input type="checkbox"/> はい—可能性が高い <input type="checkbox"/> いいえ				
<b>アデノウイルス:</b> <input type="checkbox"/> はい—確定済み <input type="checkbox"/> はい—可能性が高い <input type="checkbox"/> いいえ				
<b>細菌:</b> <input type="checkbox"/> はい—確定済み <input type="checkbox"/> いいえ				
<b>その他の呼吸器感染症の診断:</b> <input type="checkbox"/> はい—確定済み <input type="checkbox"/> はい—可能性が高い <input type="checkbox"/> いいえ <b>はいと答えた場合具体的に:</b> _____				
<b>肺炎 (臨床診断):</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <b>上記のいずれでもない場合: 非感染の疑い:</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 該当しない				
採取日 ( 日 / 月 / 年 )	検体	検査方法	結果	検査された/ 検出された病原体
___ / ___ / 20__	<input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭拭い <input type="checkbox"/> 咽頭拭い <input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭と咽頭拭い <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便/直腸拭い <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 培養 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 該当しない	
___ / ___ / 20__	<input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭拭い <input type="checkbox"/> 咽頭拭い <input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭と咽頭拭い <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便/直腸拭い <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 培養 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 該当しない	
___ / ___ / 20__	<input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭拭い <input type="checkbox"/> 咽頭拭い <input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭と咽頭拭い <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便/直腸拭い <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 培養 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 該当しない	
___ / ___ / 20__	<input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭拭い <input type="checkbox"/> 咽頭拭い <input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭と咽頭拭い <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便/直腸拭い <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 培養 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 該当しない	
___ / ___ / 20__	<input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭拭い <input type="checkbox"/> 咽頭拭い <input type="checkbox"/> 鼻腔/鼻咽頭と咽頭拭い <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便/直腸拭い <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 培養 <input type="checkbox"/> その他 具体的に: _____	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 該当しない	

## 各日情報フォーム（入院時に1枚、ICU入室時に1枚、また入院中は退院または死亡まで最長14日間1日1枚記入してください）

各日評価フォーム（入院時、ICU入室時、さらに毎日） - 全て記入してください
評価日 (日/月/年): [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] 評価日の 00:00 から 24:00 までの間で最も悪い数値を記録してください（情報がなければ「N/A」と記入してください）:
現在 ICU/ITU/IMC/HDU に入室中である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない 24 時間以内で最も悪い数値を記録してください（情報がなければ「N/A」と記入してください）:
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ $FiO_2$ (0.21-1.0) [ ][ ][ ]あるいは [ ][ ][ ]L/min
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ $SaO_2$ [ ][ ][ ]%
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ $PaO_2$ 上記の $FiO_2$ 時 [ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> kPa あるいは <input type="checkbox"/> mmHg
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ $PaO_2$ 検体の種類: <input type="checkbox"/> 動脈血 <input type="checkbox"/> 静脈血 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 該当しない
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ $PaO_2$ を測定した血液の $PCO_2$ _____ <input type="checkbox"/> kPa あるいは <input type="checkbox"/> mmHg
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ pH _____
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ $HCO_3^-$ _____ mEq/L
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Base excess _____ mmol/L
<b>AVPU スケール</b> 意識清明 [ ][ ] 呼びかけに反応する [ ][ ] 痛みに反応する [ ][ ] 反応なし [ ][ ]
<b>Glasgow Coma Score (GCS / 15)</b> [ ][ ][ ]
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ リッチモンド鎮静スケール (RASS) [ ][ ]
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ライカー鎮静スケール (SAS) [ ][ ]
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 収縮期血圧 [ ][ ][ ][ ]mmHg
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 拡張期血圧 [ ][ ][ ][ ]mmHg
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 平均動脈血圧 (MAP) [ ][ ][ ][ ]mmHg
<b>評価済</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 1日尿量 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]mL/24 時間 <input type="checkbox"/> 推定量
<b>被験者は現在あるいは評価日の00:00から24:00までの間に以下の治療を受けた（以下の全項目が対象）:</b>
<b>非侵襲的換気（例: BiPAP, CPAP）</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない <b>侵襲的換気</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
<b>ECMO</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない <b>高流量鼻カニューラ酸素療法</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
<b>透析/血液ろ過療法</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
<b>昇圧剤/強心薬</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（いいえと答えた場合は以下の3つの質問もいいえを選択してください） <input type="checkbox"/> 該当しない
<b>ドーパミン &lt;5µg/kg/分あるいはドブタミンあるいはミルリノンあるいはレボシメندان:</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>ドーパミン 5-15µg/kg/分あるいはエピネフリン/ノルエピネフリン &lt;0.1µg/kg/分あるいはパソプレシンあるいはフェニレフリン:</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>ドーパミン &gt;15 µg/kg/分あるいはエピネフリン/ノルエピネフリン &gt;0.1µg/kg/分:</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>神経筋遮断薬</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない <b>一酸化窒素吸入</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
<b>気管切開</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない <b>腹臥位</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
<b>その他の処置:</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない はいの場合具体的に: _____

**各日情報フォーム** (入院時に1枚、ICU入室時に1枚、また入院中は退院または死亡まで最長14日間1日1枚記入してください)

**各日検査結果 (入院時、ICU入室時、その後毎日) - 全て記入してください**

検査日 (日/月/年): [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ 2 ][ 0 ][ ][ ][ ]

検査日の 00:00 から 24:00 までの間で最も悪い数値を記録してください (情報が無い場合は「N/A」と記入してください):

 検査済 はい いいえ **ヘモグロビン** \_\_\_\_\_ □g/L あるいは □g/dL

 検査済 はい いいえ **白血球数** \_\_\_\_\_ □x10<sup>9</sup>/L あるいは □x10<sup>3</sup>/μL

 検査済 はい いいえ **リンパ球数** \_\_\_\_\_ □cells/μL

 検査済 はい いいえ **好中球数** \_\_\_\_\_ □ cells/μL

 検査済 はい いいえ **ヘマトクリット** [ ][ ][ ]%

 検査済 はい いいえ **血小板** \_\_\_\_\_ □x10<sup>9</sup>/L あるいは □x10<sup>3</sup>/μL

 検査済 はい いいえ **APTT/APTR** \_\_\_\_\_

 検査済 はい いいえ **PT** \_\_\_\_\_ 秒

 検査済 はい いいえ **INR** \_\_\_\_\_

 検査済 はい いいえ **ALT/SGPT** \_\_\_\_\_ U/L

 検査済 はい いいえ **総ビリルビン** \_\_\_\_\_ □μmol/L あるいは □mg/dL

 検査済 はい いいえ **AST/SGOT** \_\_\_\_\_ U/L

 検査済 はい いいえ **グルコース** \_\_\_\_\_ □mmol/L あるいは □mg/dL

 検査済 はい いいえ **BUN** \_\_\_\_\_ □mmol/L あるいは □mg/dL

 検査済 はい いいえ **乳酸** \_\_\_\_\_ □mmol/L あるいは □mg/dL

 検査済 はい いいえ **クレアチニン** \_\_\_\_\_ □μmol/L あるいは □mg/dL

 検査済 はい いいえ **ナトリウム** [ ][ ][ ][ ] mEq/L

 検査済 はい いいえ **カリウム** [ ][ ][ ].[ ][ ] mEq/L

 検査済 はい いいえ **プロカルシトニン** [ ][ ][ ].[ ][ ][ ] ng/mL

 検査済 はい いいえ **CRP** [ ][ ][ ][ ].[ ][ ][ ] mg/L

 胸部単純レントゲンを評価した はい いいえ 該当しない **はいと答えた場合: 浸潤影あり** はい いいえ 該当しない

## 主要情報フォーム

合併症：入院中患者に以下の症状がみられた：								
ウイルス性肺炎	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	心停止	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
細菌性肺炎	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	菌血症	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
急性呼吸窮迫症候群 (ARDS)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	凝固障害/播種性血管内凝固症候群 (DIC)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
はいの場合： <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 不明				貧血	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
気胸	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	横紋筋融解症/筋炎	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
胸水	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	急性腎障害/急性腎不全	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
特発性器質化肺炎 (COP)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	消化管出血	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
細気管支炎	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	肺炎	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
髄膜炎/脳炎	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	肝機能障害	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
痙攣発作	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	高血糖	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
脳卒中/脳血管障害	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	低血糖	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
うっ血性心不全	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	その他	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	
心内膜炎/心筋炎/心外膜炎	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	はいと答えた場合具体的に：				
不整脈	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	_____				
心筋虚血	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 該当しない	_____				

## 主要情報フォーム

治療：入院中に以下の治療や処置を受けた：

ICU あるいはハイケアユニットに入室  はい  いいえ  該当しない はいと答えた場合 合計日数： \_\_\_\_\_ 日

ICU 入室日： [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]  該当しない

ICU 退室日： [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]  該当しない

酸素治療  はい  いいえ  該当しない

非侵襲的換気 (例：BiPAP, CPAP)  はい  いいえ  該当しない

侵襲的換気 (いずれか)  はい  いいえ  該当しない はいと答えた場合 合計日数： \_\_\_\_\_ 日

腹臥位換気  はい  いいえ  該当しない

NO 吸入  はい  いいえ  該当しない

気管切開  はい  いいえ  該当しない

ECMO  はい  いいえ  該当しない

腎代替療法あるいは透析  はい  いいえ  該当しない

強心薬/昇圧剤  はい  いいえ  該当しない

はいの場合 開始日： [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]  該当しない

終了日： [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]  該当しない

その他の治療介入や処置 (具体的に) : \_\_\_\_\_

薬剤：入院中や退院時に以下の薬が処方されたか？

抗ウイルス剤  はい  いいえ  該当しない

はいの場合： リバビリン  ロピナビル/リトナビル  インターフェロン $\alpha$   インターフェロン $\beta$

ノイラミニダーゼ阻害薬  その他 \_\_\_\_\_

抗菌薬  はい  いいえ  該当しない

コルチコステロイド  はい  いいえ  該当しない

はいの場合、投与経路： 経口  経静脈  吸入

はいの場合、その種類と用量： \_\_\_\_\_

抗真菌薬  はい  いいえ  該当しない



## 主要情報フォーム

### 渡航歴：最初の症状が出現する 14 日前までの間に渡航歴があるか？

国: _____	都市/地域: _____	帰国日 ( 日 日 / 月 月 / 20 年 年 ): ____ / ____ / 20 ____
国: _____	都市/地域: _____	帰国日 ( 日 日 / 月 月 / 20 年 年 ): ____ / ____ / 20 ____
国: _____	都市/地域: _____	帰国日 ( 日 日 / 月 月 / 20 年 年 ): ____ / ____ / 20 ____

### 動物曝露歴：最初の症状が出現する 14 日前までの間に生きたあるいは死んだ動物、生肉との接触、あるいは虫にさされたことがあるか？ はい いいえ 該当しない

はいと答えた場合は動物/虫の種類、接触状況、曝露日(日 日 / 月 月 / 年 年 年 年) を以下に記入してください:

鳥類 (例: 鶏、七面鳥、あひる)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
コウモリ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
家畜 (例: 山羊、牛、ラクダ)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
馬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
野ウサギ/ウサギ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
豚	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
霊長類	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
げっ歯類 (例: ラット、マウス、リス)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
虫さされ (例: ダニ、ノミ、蚊)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
爬虫類/両生類	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
ペット (例: 猫、犬、その他)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
動物のフンや巣	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
病気にかかったあるいは死んだ動物	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
生肉/生血	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
野生の狩猟動物を解体したあるいは食べた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
動物市場、農場、動物園を訪れた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
動物の手術や解剖をした	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	
その他の動物との接触:	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない	