グローバル COVID-19 臨床プラットフォーム

新型コロナウイルス感染症（COVID-19） - 簡易バージョン

CRF 完了ガイダンス

本症例報告書 (CRF)の構成

この CRF には 3 つのモジュールがあります：

モジュール 1 は医療施設への入院初日に全ての項目を記入してください。

モジュール 2 は ICU または重症ケアユニットへの入室初日に全ての項目を記入してください。またモジュール 2 は ICU 等入室後、可能な限り毎日記入してください。病棟間を移動した患者についても引き続きフォローアップしてください。

モジュール 3 は退院時または死亡時に全ての項目を記入してください。

管理の手引き

- この症例報告書（CRF）は、入院から退院、転院、死亡、または継続的なデータ収集の可能性がない継続入院までの期間に、検査、問診、カルテからのデータを集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番号および被験者番号で構成されます。 施設番号およびデータ管理システムへの登録については、*ncov@isaric.org* にお問い合わせください。 被験者番号は各登録施設で 00001 から順に割り当ててください。 もし一つの登録施設で複数の病棟にわたり被験者がいる場合、または番号を順番に割り当てることが難しい場合は、アルファベットを使用しても構いません。（例えば、X 病棟では A0001 から、Y 病棟では B0001 から割り当てる等） 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。
- データは中央の電子データベース REDCap https://ncov.medsci.ox.ac.uk または各自のデータベースに入力してください。印刷された紙の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しても構いません。
- 被験者が施設間を移動する場合は、施設間で同一の被験者識別番号を継続使用することが望まれます。 これが不可能な場合は、新たな番号を記録するための記入欄が与えられます。
- 全てのセクションに記入してください。「はいと答えた場合、…」という質問に対しては、該当しない場合（つまり、答えが「はい」でない場合）は空欄のままにしてください。
- 回答欄に（□）がある場合は答えを 1 つ選択してください（1 つのみ選択してください）。
  回答欄に（**O**）がある場合は答えを複数選択できます（当てはまるものをすべて選んでください）。
- データがない場合、または不明の場合は「不明」を選択してください。
- 欄外にデータを記録しないでください。追加情報を記録するセクションがあります。
- 紙の症例報告書を使用する場合は、インクで明確に書き込むことをお勧めします。
- 選択した回答には×印をつけてください。訂正する際は、削除したい部分に横線を引き、正しいデータをその上部に記入してください。すべ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、ホチキスで留めるか個別ファイルなどに保管してください。
- 紙の症例報告書のデータは、すべて電子データベースに移してください。紙の症例報告書は各施設の責任において保管することができます。すべてのデータは安全な電子データベースに移管しなければなりません。
- データは電子データ集積管理システム https://ncov.medsci.ox.ac.uk に入力してください。 各自の施設で単独にデータを収集したい場合は、独自のデータベースを構築しても構いません。
- データベースに関するご質問、ご意見、フォームのご利用については、*ncov@isaric.org* までお問い合わせください。

CRF 完了ガイダンス

一般的な手引きおよび定義

同時感染

同時感染があれば、モジュール 3 の 15 に入力してください。診断/病原体検査

併存疾患

併存疾患は COVID-19 の発症以前より存在し、現在も存在するものです。COVID-19 の症状発現後に発症したものは含みません。 より詳細な手引きが提供されます。

入院

COVID-19 での入院、または COVID-19 感染症の可能性がある症状で入院した患者については、入院日の詳細を記入してください。 入院に繋がる明確な代替診断を受け、その後 COVID-19 感染を確定された患者については、当初の入院日を記載すべきですが、それに続く入院への言及はすべて、COVID-19 感染症が疑われた、または確認された症状の発現初日から 24 時間以内とする必要があります。

患者が複数の診療科を経て入院した場合は、入院に繋がる来院（例えば、救急部門への到着）時に、最初の診療科に来院した時点からの入院をカウントします。

酸素療法

あらゆる方法を用いて供給された任意形態の酸素補給を含みます。 次に、供給の種類および時間のデータをすべて入力します。 使用した正確な供給装置がリストにない場合は、最も類似した選択肢を選んでください。 複数の異なる流量およびインターフェイスを使用している場合は、酸素流量が最も大きいものを選択してください。 ベンチュリ弁を使用する場合は、酸素の流量よりも吸入酸素濃度（FiO_2）を記録してください。

侵襲的換気

挿管または気管切開を介して行うあらゆる人工呼吸器を含みます。 気管切開により自発呼吸している患者を含めないでください。

非侵襲的換気療法

ぴったりとしたマスクを介して行うあらゆる陽圧治療を含みます。 これには、持続的気道内陽圧（CPAP）または二相性陽圧（BIPAP）が当てはまります。

経口/経管栄養(液体)

人工的に消化管（例えば、経鼻胃管、経鼻空腸管、胃瘻造設）に送達される水分/栄養素を含みますが、正常な経口摂取をしている患者は含みません。

腎代替療法（RRT）または透析

持続的腎代替療法または間欠的血液透析を含みます。

最悪の結果

「最悪の結果」とは、正常な生理学的範囲または検査室の正常範囲から最も遠いものをいいます。

臨床チームによって棄却された結果(例えば、灌流不良の四肢におけるパルスオキシメトリー、溶血した血液サンプル、汚染された微生物学的結果)は報告すべきではありません。

血圧：収縮期血圧および拡張期血圧は最低平均動脈圧の所見から報告してください（平均動脈圧が算出されていない場合は、収縮期血圧が最も低い測定値を報告してください）。

呼吸数：呼吸数が異常に少ない場合と異常に多い場合の両方が観察されたときには、異常に多い方の数を記録します。

The RAPID Case Record Form (CRF) was officially translated from English into Japanese by Mari Kajiwara Saito (London School of Hygiene and Tropical Medicine) and Makoto Saito (Institute of Medical Science, University of Tokyo). The full version was translated by Yurika Sakai (Infectious Diseases Data Observatory, University of Oxford), MKS and MS.

グローバル COVID-19 臨床プラットフォーム 簡易バージョン CRF 完了ガイダンス

各ページに被験者識別番号を入力します。

1.臨床的参加基準

新型コロナウイルス感染症が証明されている、または疑われている

患者が臨床的に SARS-CoV-2/COVID-19 感染症を疑われるか検査で確認された場合は、「はい」を選択してください。

2.背景情報

出生日が不明の場合は年齢を、1 歳未満の場合は月齢を記載してください。

妊娠中または症状発現から 14 日以内で最近出産した場合は、オプションの妊娠モジュール CRF に記入してください。

3.発症日および入院時バイタルサイン

臨床的に COVID-19 感染症の本エピソードに関連していると思われる最初の症状発現が、患者から報告された日付を記入してください。 入院時に作成した臨床所見の詳細を記入してください（データ記録がその後行われる場合を含みます）。 入院時に所見を作成していない場合は、入院後 24 時間以内に測定し最初に得られたデータ（患者の自己申告および/または診療録からの報告）を記録してください。

入院に繋がる明確な代替診断を受け、その後 COVID-19 を発症した患者については、発症した日付を記入し、COVID-19 感染症が疑われた、または確認された症状の発現後 24 時間の所見を記入してください。

すべての測定値は必ず指定された単位で記入してください。

4.併存疾患

これらの併存疾患のいずれかが入院以前から存在していたものかどうかを記録してください。

過去に治癒した併存疾患は含みません。 以下に詳細を示します。 例示的な条件が与えられる場合、それらは網羅的であることを意図しません。記載されていないその他の重要な併存疾患および危険因子については、「その他」として具体的に記入してください。

先天性心疾患を含む慢性心疾患（高血圧は除く）

冠動脈疾患、心不全、先天性心疾患、心筋症、リウマチ性心疾患を含みます。

慢性肺疾患

慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎、肺気腫）、嚢胞性線維症、気管支拡張症、間質性肺疾患、前提条件に長期酸素療法が既存するものを含みます。

気管支喘息は含みません。

World Health Organization　ISARIC

被験者識別番号 |__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

モジュール 1: 入院日または登録日に全て入力してください。

医療施設名 _____　**国** _____

登録日 [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_]

臨床的参加基準

新型コロナウイルス感染症が証明されている、または疑われている　☐はい　☐いいえ

罹患中、右記の症状が1つ以上ある |
- 発熱（自己申告または実測≥ 38°C）　☐はい　☐いいえ
- 咳嗽　☐はい　☐いいえ
- 呼吸困難（息切れ）または頻呼吸*　☐はい　☐いいえ
- 上記症状はないが臨床的に急性呼吸器感染症を疑う　☐はい　☐いいえ

** 1 歳未満の場合、呼吸数≥50 回/分; 1–4 歳の場合、≥40 回/分; 5–12 歳の場合、≥30 回/分; 13 歳以上の場合、≥20 回/分*

背景情報

出生時の性別 ☐男性 ☐女性 ☐回答なし　出生日 [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_年_][_年_][_年_][_年_]

出生日が不明の場合: **年齢** [___][___][___]歳　または [___][___]ヵ月

医療従事者である ☐はい　☐いいえ　☐不明　**微生物学実験施設で働いている** ☐はい　☐いいえ　☐不明

妊娠中である ☐はい　☐いいえ　☐不明　☐該当しない　**はいと答えた場合: 妊娠週数** [___][___] 週

発症日および入院時バイタルサイン *（受診/入院時、最初に収集できたデータ）*

症状発現（最初の症状発現日）[_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_]

この施設への入院日 [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_]

体温 [___][___].[___]°C　**心拍数** [___][___][___]回/分

呼吸数 [___][___]回/分

血圧 [___][___][___](収縮期) [___][___][___](拡張期) mmHg　**重度の脱水** ☐はい　☐いいえ　☐不明

胸骨毛細血管再充満時間（CRT）＞2 秒 ☐はい　☐いいえ　☐不明

酸素飽和度: [__][__][__]% 環境 ☐室内気 ☐酸素投与下 ☐不明　**A V P U** (1 つ○をつけてください)

Glasgow Coma Score (GCS /15) [___][___]　**低栄養** ☐はい　☐いいえ　☐不明

上腕周囲経（MUAC） [___][___][___]mm　**身長:** [___][___][___]cm　**体重:** [___][___][___]kg

併存疾患 *（入院以前より存在していた疾患）*

先天性心疾患を含む慢性心疾患（高血圧は除く）	☐はい ☐いいえ ☐不明	糖尿病	☐はい ☐いいえ ☐不明
高血圧	☐はい ☐いいえ ☐不明	現在の喫煙	☐はい ☐いいえ ☐不明
慢性肺疾患	☐はい ☐いいえ ☐不明	結核	☐はい ☐いいえ ☐不明
気管支喘息	☐はい ☐いいえ ☐不明	無脾症候群	☐はい ☐いいえ ☐不明
慢性腎疾患	☐はい ☐いいえ ☐不明	悪性新生物	☐はい ☐いいえ ☐不明
慢性肝疾患	☐はい ☐いいえ ☐不明	その他	☐はい ☐いいえ ☐不明
慢性神経障害	☐はい ☐いいえ ☐不明	*はいの場合、具体的に* _____	
HIV	☐はい（ART 中）☐はい（ART なし）☐いいえ ☐不明		

入院前 & 常用内服薬　**入院日から遡って 14 日以内に以下の服薬がありましたか？**

- **アンジオテンシン変換酵素阻害薬**（ACE 阻害薬）　☐はい　☐いいえ　☐不明
- **アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬**（ARB）　☐はい　☐いいえ　☐不明
- **非ステロイド性抗炎症薬**（NSAID）　☐はい　☐いいえ　☐不明

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.

4.併存疾患（続き）

気管支喘息

医師の診断による気管支喘息。

慢性腎疾患

医師の診断による慢性腎疾患、慢性推算糸球体濾過量が 60 mL/分/1.73m² 未満、腎移植歴を含みます。

慢性神経障害

脳性麻痺、多発性硬化症、運動ニューロン疾患、筋ジストロフィー、重症筋無力症、パーキンソン病、脳卒中、重度の学習困難を含みます。

HIV

検査で確認された HIV 感染症の病歴。（注記　ART：抗レトロウイルス療法）。

糖尿病

経口または皮下治療を必要とする 1 型または 2 型真性糖尿病。

現在の喫煙

現在の疾患発現前に 1 日あたり 1 本以上のタバコ、葉巻、煙管または同等物を喫煙すること。 噛みタバコまたは電子タバコのような無煙タバコ製品は含みません。

結核

現在結核治療を受けている患者。 潜伏結核は含みません。

無脾症候群

脾臓摘出、非機能性脾臓、先天性無脾症を含みます。

悪性新生物

現在の実質臓器または血液悪性腫瘍。 5 年以上前に「治癒」を宣言された悪性腫瘍で、進行中疾患のエビデンスがないものは含みません。 非黒色腫皮膚癌は含みません。 良性腫瘍または異形成は含みません。

その他

臨床チームが患者の生理学的予備能もしくは本疾患または治療に対する反応に影響を及ぼすと考える、その他の併存疾患を含みます。 その他の併存疾患を明記してください。

5.入院前＆常用内服薬

これらの薬剤のいずれかを、入院前 14 日間に何らかの理由で服用したかどうかを記入してください。

World Health Organization ISARIC　　被験者識別番号 |__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

モジュール 1: 入院日または登録日に全て入力してください。

医療施設名 _____　　**国** _____

登録日 [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_]

臨床的参加基準

新型コロナウイルス感染症が証明されている、または疑われている　□はい　□いいえ

罹患中、右記の症状が1つ以上ある
- 発熱（自己申告または実測≥ 38°C）　□はい　□いいえ
- 咳嗽　□はい　□いいえ
- 呼吸困難（息切れ）または頻呼吸*　□はい　□いいえ
- 上記症状はないが臨床的に急性呼吸器感染症を疑う　□はい　□いいえ

** 1 歳未満の場合、呼吸数≥50 回/分; 1–4 歳の場合、≥40 回/分; 5–12 歳の場合、≥30 回/分; 13 歳以上の場合、≥20 回/分*

背景情報

出生時の性別 □男性 □女性 □回答なし　出生日 [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_年_][_年_][_年_][_年_]

出生日が不明の場合: **年齢** [___][___][___]歳　または [___][___]ヵ月

医療従事者である □はい　□いいえ　□不明　　**微生物学実験施設で働いている** □はい　□いいえ　□不明

妊娠中である □はい　□いいえ　□不明　□該当しない　　**はいと答えた場合: 妊娠週数** [___][___] 週

発症日および入院時バイタルサイン *（受診/入院時、最初に収集できたデータ）*

症状発現（最初の症状発現日）[_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_]

この施設への入院日 [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_]

体温 [___][___].[___]°C　**心拍数** [___][___][___]回/分

呼吸数 [___][___]回/分

血圧 [___][___][___](収縮期) [___][___][___](拡張期) mmHg　**重度の脱水** □はい　□いいえ　□不明

胸骨毛細血管再充満時間（CRT）＞2 秒 □はい　□いいえ　□不明

酸素飽和度: [__][__][__]% 環境 □室内気 □酸素投与下 □不明　　**A　V　P　U**（1 つ○をつけてください）

Glasgow Coma Score (GCS /15) [___][___]　　**低栄養** □はい　□いいえ　□不明

上腕周囲経（MUAC） [___][___][___]mm　**身長:** [___][___][___]cm　**体重:** [___][___][___]kg

併存疾患 *（入院以前より存在していた疾患）*

先天性心疾患を含む慢性心疾患（高血圧は除く）	□はい □いいえ □不明	糖尿病	□はい □いいえ □不明
高血圧	□はい □いいえ □不明	現在の喫煙	□はい □いいえ □不明
慢性肺疾患	□はい □いいえ □不明	結核	□はい □いいえ □不明
気管支喘息	□はい □いいえ □不明	無脾症候群	□はい □いいえ □不明
慢性腎疾患	□はい □いいえ □不明	悪性新生物	□はい □いいえ □不明
慢性肝疾患	□はい □いいえ □不明	その他	□はい □いいえ □不明
慢性神経障害	□はい □いいえ □不明	*はいの場合、具体的に* _____	
HIV	□はい（ART 中）□はい（ART なし）□いいえ □不明		

入院前 & 常用内服薬　　**入院日から遡って 14 日以内に以下の服薬がありましたか？**

- **アンジオテンシン変換酵素阻害薬**（ACE 阻害薬）　□はい　□いいえ　□不明
- **アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬**（ARB）　□はい　□いいえ　□不明
- **非ステロイド性抗炎症薬**（NSAID）　□はい　□いいえ　□不明

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.

6.入院時の徴候および症状

入院後 24 時間以内に作成された臨床所見の詳細を記入してください。 入院直後に所見を作成していない場合は、入院後 24 時間以内に測定し最初に得られたデータ（患者の自己申告および/または診療録からの報告）を記録してください。

入院に繋がる明確な代替診断を受け、その後 COVID-19 感染を確定された患者については、発症した日付を記入し、COVID-19 感染症が疑われた、または確認された症状の発現後 24 時間の所見を記入してください。

7.入院時薬物療法

患者がこれらの薬剤を入院時または入院後 24 時間以内に投与されたかどうかを記録してください。 その他の理由で入院し、その後 COVID-19 を発症した患者については、COVID-19 が最初に疑われた後の 24 時間の状況を完全に報告してください。

すべての薬剤を明記してください。電子版 CRF にデータを入力すると、さまざまな薬剤のドロップダウンリストが表示されます。

8.入院時支持療法

入院当日または入院後 24 時間以内に受けたすべての治療を記録してください。

9.入院時検査結果

受診時、入院時または入院後 24 時間以内に受けた検査結果、もしくは既存の入院患者で COVID-19 感染症が疑われた、または確認された最初の症状発現日またはその 24 時間以内に受けた検査結果を含みます。

すべての測定値は必ず指定された単位で記入してください。その他の単位を使用している場合は、使用単位を指定してください。電子データベースにデータを移管する際に、グローバルに使用されるさまざまな単位のドロップダウンリストが表示されます。

World Health Organization ISARIC

被験者識別番号 |__|__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

入院時の徴候および症状			
発熱	□はい □いいえ □不明	陥没呼吸	□はい □いいえ □不明
咳嗽	□はい □いいえ □不明	頭痛	□はい □いいえ □不明
＋喀痰	□はい □いいえ □不明	意識変容/混迷	□はい □いいえ □不明
＋血痰/喀血	□はい □いえ □不明	痙攣発作	□はい □いいえ □不明
咽頭痛	□はい □いいえ □不明	腹痛	□はい □いいえ □不明
鼻汁（鼻漏）	□はい □いいえ □不明	嘔吐/嘔気	□はい □いいえ □不明
喘鳴	□はい □いいえ □不明	下痢	□はい □いいえ □不明
胸痛	□はい □いいえ □不明	結膜炎	□はい □いいえ □不明
筋肉痛	□はい □いいえ □不明	皮疹	□はい □いいえ □不明
関節痛	□はい □いいえ □不明	皮膚潰瘍	□はい □いいえ □不明
疲労/倦怠感	□はい □いいえ □不明	リンパ節腫脹	□はい □いいえ □不明
息切れ	□はい □いいえ □不明	出血	□はい □いいえ □不明
歩行困難	□はい □いいえ □不明	出血の場合、その箇所: _____	

その他 □はい □いいえ □不明 はいの場合、具体的に: _____

入院時薬物療法 *患者は**現在**、以下の治療を受けていますか？*

経口/経管栄養（液体） □はい □いいえ □不明 **輸液** □はい □いいえ □不明
抗ウイルス薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合:** ○リバビリン ○ロピナビル/リトナビル ○ノイラミニダーゼ阻害薬 ○インターフェロンα ○インターフェロンβ ○その他: _____ _____ _____ _____
コルチコステロイド □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**投与経路: ○経口 ○経静脈 ○吸入
はいの場合、種類および最大容量/日: _____
抗菌薬 □はい □いいえ □不明 **抗真菌薬** □はい □いいえ □不明
抗マラリア薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
非承認薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
非ステロイド性抗炎症薬（NSAID） □はい □いいえ □不明
アンジオテンシン変換酵素阻害薬（ACE 阻害薬） □はい □いいえ □不明
アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB） □はい □いいえ □不明

入院時支持療法 *患者は**現在**、以下の治療を受けていますか？*

ICU または重症ケアユニットに入室 □はい □いいえ □不明
酸素療法 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**以下の全ての質問に答えてください。
酸素投与量: □1-5 L/分 □6-10 L/分 □11-15 L/分 □>15 L/分 □不明
酸素供給源: □酸素パイプ □酸素ボンベ □酸素濃縮器 □不明
インターフェイス: □鼻カニュラ □高流量鼻カニュラ □マスク □リザーバー付マスク □CPAP/NIV マスク □不明
非侵襲的換気療法 *(例：BIPAP/CPAP)* □はい □いいえ □該当しない
侵襲的換気（種類問わず） □はい □いいえ □不明 **強心薬/昇圧剤** □はい □いいえ □不明
体外式膜型人工肺（ECMO） □はい □いいえ □不明 **腹臥位** □はい □いいえ □不明

入院時検査結果（*単位が下記リストと異なる場合は単位を記入してください*）

検査項目	測定値*	未測定	検査項目	測定値*	未測定
ヘモグロビン (g/L)		□	クレアチニン (μmol/L)		□
白血球数 (x10⁹/L)		□	ナトリウム (mEq/L)		□
ヘマトクリット (%)		□	カリウム (mEq/L)		□
血小板 (x10⁹/L)		□	プロカルシトニン (ng/mL)		□
APTT/APTR		□	CRP (mg/L)		□
PT (秒)		□	LDH (U/L)		□
INR		□	CK (U/L)		□
ALT/SGPT (U/L)		□	トロポニン (ng/mL)		□
総ビリルビン(μmol/L)		□	ESR（血沈） (mm/hr)		□
AST/SGOT (U/L)		□	D-ダイマー (mg/L)		□
BUN (mmol/L)		□	フェリチン (ng/mL)		□
乳酸 (mmol/L)		□	IL-6 (pg/mL)		□

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.

フォローアップ日

このモジュールは、ICU または重症ケアユニット（HDU）への入室初日に、また医療資源が許す限り毎日記入してください。 ICU/HDU またはその他の集中治療室に入院している患者については、救命診療モジュールにも記入してください。 フォローアップ日を記入してください。すべてのデータには、カレンダーの日付 (0 時から 24 時まで)を適用する必要があります。

10.バイタルサイン

一般的な手引きおよび定義を参照してください

重度の脱水

フォローアップ中に重度の脱水があったかどうかを記録してください。 重度の脱水の徴候には、口渇、粘膜乾燥、少量の暗色尿、眼球陥凹、皮膚弾力性低下などがあります。

グラスゴー昏睡尺度（GCS）

記録されている GCS のうち最も低い値を記入してください。 挿管された患者および開窓なしの気管切開を受けた患者については、声の要素に 1 点を加え、通常通りに合計点を計算します。 気管切開に用いる t のような接尾辞はデータベースに入力できません。

AVPU（意識レベル）

A)警告 – V)声に反応する – P)痛みに反応する – U)無反応：患者の反応が最も鈍い状態を暦日に記入してください（通常の睡眠はカウントしません）。

11.臨床徴候・症状（各日）

フォーム記載のフォローアップ日に存在したすべてのものに、「はい」と記録してください。

12.検査結果

フォローアップ日の検査結果をすべて記入してください。 このフォームのフォローアップ日は、検査結果の報告日ではなく、検体の採取日に合わせる必要があります。 各測定に規定されている単位に注意してください。 検査結果を異なる単位で報告する場合は、使用する単位を「測定値」列に入力してください。電子データベースでは、ドロップダウンメニューを利用して使用する単位を記録できます。

13.薬物療法

このフォローアップフォームに記載された日に、患者がこれらの薬剤を服用したかどうかを記録してください。 該当する処置を複数選択できます。投与した薬剤の一般名を記載してください。電子データベースでは、ドロップダウンメニューを利用して使用する単位を記録できます。

14.支持療法

フォローアップ日（0 時から 24 時まで）に患者が受けたすべての処置を、時間の長さにかかわらず記録してください。

World Health Organization ISARIC　被験者識別番号 |__|__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

モジュール 2: フォローアップ (フォローアップ頻度は医療資源を考慮して調整してください)

フォローアップ日 [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_]

***バイタルサイン** (00:00～24:00 間の最異常値を記入)*

体温 [___][___].[___]°C　**心拍数** [___][___][___]回/分　**呼吸数** [___][___]回/分

血圧 [___] [___] [___](収縮期) [___][___][___](拡張期) mmHg　**重度の脱水**☐はい　☐いいえ　☐不明

胸骨毛細血管再充満時間（CRT）＞2 秒 ☐はい　☐いいえ　☐不明　**グラスゴー昏睡尺度（GCS）** [___][___]

酸素飽和度: [___][___][___]%　☐室内気 ☐酸素投与下 ☐不明　**A V P U**（意識レベル）(1 つ○をつけてください)

臨床徴候・症状（各日）

咳嗽	☐はい ☐いいえ ☐不明	痙攣発作	☐はい ☐いいえ ☐不明
+喀痰	☐はい ☐いいえ ☐不明	嘔吐/嘔気	☐はい ☐いいえ ☐不明
咽頭痛	☐はい ☐いいえ ☐不明	下痢	☐はい ☐いいえ ☐不明
胸痛	☐はい ☐いいえ ☐不明	結膜炎	☐はい ☐いいえ ☐不明
息切れ（呼吸困難）	☐はい ☐いいえ ☐不明	筋肉痛	☐はい ☐いいえ ☐不明
昏迷	☐はい ☐いいえ ☐不明	その他、具体的に:_____	☐はい ☐いいえ ☐不明

検査結果 *(*単位が下記リストと異なる場合は単位を記入してください)*

検査項目	測定値*	未測定	検査項目	測定値*	未測定
ヘモグロビン (g/L)		☐	クレアチニン (μmol/L)		☐
白血球数 (x10⁹/L)		☐	ナトリウム (mEq/L)		☐
ヘマトクリット (%)		☐	カリウム (mEq/L)		☐
血小板 (x10⁹/L)		☐	プロカルシトニン (ng/mL)		☐
APTT/APTR		☐	CRP (mg/L)		☐
PT (秒)		☐	LDH (U/L)		☐
INR		☐	CK (U/L)		☐
ALT/SGPT (U/L)		☐	トロポニン (ng/mL)		☐
総ビリルビン(μmol/L)		☐	ESR（血沈）(mm/hr)		☐
AST/SGOT (U/L)		☐	D-ダイマー (mg/L)		☐
BUN (mmol/L)		☐	フェリチン (ng/mL)		☐
乳酸 (mmol/L)		☐	IL-6 (pg/mL)		☐

薬物療法　*患者は現在、以下の治療を受けていますか？*

経口/経管栄養（液体） ☐はい ☐いいえ ☐不明　**輸液** ☐はい ☐いいえ ☐不明
抗ウイルス薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明　**はいの場合:** ○リバビリン ○ロピナビル/リトナビル ○ノイラミニダーゼ阻害薬 ○インターフェロンα ○インターフェロンβ ○その他:_____
コルチコステロイド ☐はい ☐いいえ ☐不明　**はいの場合、**投与経路: ○経口 ○経静脈 ○吸入
はいの場合、種類および最大容量/日: _____
抗菌薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明　**抗真菌薬** ☐はい ☐いいえ ☐不明
抗マラリア薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明　**はいの場合、**薬品名: _____
未承認薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明　**はいの場合、**薬品名: _____
非ステロイド性抗炎症薬（NSAID） ☐はい ☐いいえ ☐不明
アンジオテンシン変換酵素阻害薬（ACE 阻害薬） ☐はい ☐いいえ ☐不明
アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB） ☐はい ☐いいえ ☐不明

支持療法　*患者は現在、以下の治療を受けていますか？*

ICU または重症ケアユニットに入室 ☐はい ☐いいえ ☐不明
酸素療法 ☐はい ☐いいえ ☐不明　**はいの場合、**以下の全ての質問に答えてください。
酸素投与量: ☐1-5 L/分 ☐6-10 L/分 ☐11-15 L/分 ☐>15 L/分 ☐不明
酸素供給源: ☐酸素パイプ ☐酸素ボンベ ☐酸素濃縮器 ☐不明
インターフェイス: ☐鼻カニュラ ☐高流量鼻カニュラ ☐マスク ☐リザーバー付マスク ☐CPAP/NIV マスク ☐不明
非侵襲的換気療法 *(例：BIPAP/CPAP)* ☐はい ☐いいえ ☐不明
侵襲的換気（種類問わず） ☐はい ☐いいえ ☐不明　**強心薬/昇圧剤** ☐はい ☐いいえ ☐不明
体外式膜型人工肺（ECMO） ☐はい ☐いいえ ☐不明　**腹臥位** ☐はい ☐いいえ ☐不明
腎代替療法（RRT）または透析 ☐はい ☐いいえ ☐不明

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.

このページは、患者の退院時または死亡時に、入院時および入院中を通して入手したすべてのデータを用いて記入する必要があります。

15.診断/病原体検査

胸部単純レントゲンまたは CT 施行

入院中に胸部 X 線撮影または胸部 CT 撮影を施行した場合は、「はい」を選択してください。

浸潤影あり

放射線科医から浸潤影ありと報告された場合は、チェックを入れてください。 画像を評価する資格がある場合、または患者の治療を担当している臨床チームの上級メンバーが、画像に「浸潤影」、「硬化像」、「混濁」、または「肺炎/肺臓炎/ARDS の放射線学的徴候」があることを記録している場合は、「はい」を選択することもできます。

病原体検査

各病原体について、検査が実施された場合に、陽性(病原体検出あり)、陰性(病原体検出なし)、または不明のいずれかを選択してください。

病原体が同定された場合には、同定された微生物をできるだけ正確に明記してください。

16.合併症

入院中に臨床的に確認されたものをすべて選択してください。

既知の併存疾患は含みません（例えば、既往の心房細動は含みませんが、今回の入院中新たに発症した場合は含める必要があります）

ショック

輸液蘇生に反応しない低血圧では、適切な灌流を維持するために血管作用薬を必要とします。

痙攣発作

痙攣発作、痙攣または「発作」は筋肉の不随意の律動性収縮です。 原因に関係なくすべての痙攣発作（例えば、発熱またはてんかんによるもの）に対して「はい」を選択してください。

髄膜炎/脳炎

髄膜または脳実質の炎症。 臨床的、放射線学的または微生物学的に診断された場合は、「はい」を選択してください。

World Health Organization ISARIC

被験者識別番号 |__|__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

モジュール 3: 退院時/死亡時に記入してください

診断/病原体検査

胸部単純レントゲンまたは CT 施行 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、浸潤影あり** □はい □いいえ □不明
今回の罹患期間中に病原体検査は行われた □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**以下全質問に答えてください。
インフルエンザ: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**型 _____
コロナウイルス: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合:** □MERS-CoV □SARS-CoV-2 □その他 _____
その他の呼吸器感染症の診断: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
ウイルス性出血熱: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
その他、公衆衛生上重要な病原体: 検出された場合、病原体名: _____
熱帯熱マラリア: □陽性 □陰性 □未実施 **熱帯熱マラリア以外のマラリア:** □陽性 □陰性 □未実施
HIV: □陽性 □陰性 □未実施

合併症: 入院期間中に患者は以下の合併症を発症しましたか:

ショック	□はい □いいえ □不明	菌血症	□はい □いいえ □不明
痙攣発作	□はい □いいえ □不明	出血	□はい □いいえ □不明
髄膜炎/脳炎	□はい □いいえ □不明	心内膜炎	□はい □いいえ □不明
貧血	□はい □いいえ □不明	心筋炎/心外膜炎	□はい □いいえ □不明
不整脈	□はい □いいえ □不明	急性腎障害	□はい □いいえ □不明
心停止	□はい □いいえ □不明	膵炎	□はい □いいえ □不明
肺炎	□はい □いいえ □不明	肝機能障害	□はい □いいえ □不明
気管支炎	□はい □いいえ □不明	心筋症	□はい □いいえ □不明
急性呼吸窮迫症候群（ARDS）	□はい □いいえ □不明	その他 はいの場合、具体的に	□はい □いいえ □不明 _____

薬物療法: 入院中または退院時に以下を投与されましたか？

経口/経管栄養（液体） □はい □いいえ □不明 **輸液** □はい □いいえ □不明
抗ウイルス薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合:** ○リバビリン ○ロピナビル/リトナビル ○ノイラミニダーゼ阻害薬 ○インターフェロンα ○インターフェロンβ ○その他: _____
抗菌薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
コルチコステロイド □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**投与経路: ○経口 ○経静脈 ○吸入
はいの場合、種類および最大容量/日: _____
抗真菌薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
抗マラリア薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
未承認薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
非ステロイド性抗炎症薬（NSAID） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____

支持療法: 患者は入院中に一度でも以下の療法を受けたことがありますか:

ICU または重症ケアユニットに入室 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**滞在日数:計 _____日
ICU 入室日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □該当しない
ICU 退出日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □ICU 内最終転帰時 □該当しない
酸素療法 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**以下の全ての質問に答えてください。投与日数:計 _____日
酸素投与量: ○1-5 L/分 ○6-10 L/分 ○11-15 L/分 ○>15 L/分
酸素供給源: ○酸素パイプ ○酸素ボンベ ○酸素濃縮器
インターフェイス: ○鼻カニュラ ○高流量鼻カニュラ ○マスク ○リザーバー付マスク ○CPAP/NIV マスク
非侵襲的換気療法 *(例：BIPAP/CPAP)* □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
侵襲的換気（種類問わず） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
体外式膜型人工肺（ECMO） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
腹臥位 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
腎代替療法（RRT）あるいは透析 □はい □いいえ □不明
強心薬/昇圧剤 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**投与日数:計 _____日

転帰

転帰: □退院 □入院中 □転院 □死亡 □緩和的退院 □不明
転帰日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □不明
退院の場合: 罹患前と比べた退院時の ADL（日常生活動作）: □罹患前と同じ □悪化 □改善 □不明

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.

貧血

ヘモグロビン濃度が下記の年齢および性別に特異的な閾値より低い場合は、「はい」を選択してください。

年齢および性別	ヘモグロビン閾値 g /L	ヘモグロビン閾値 mmol/L
生後 6 ヶ月～5 歳	110	6.8
5～12 歳	115	7.1
12～15 歳	120	7.4
15 歳を超える妊娠していない女性	120	7.4
妊娠中の女性	110	6.8
15 歳を超える男性	130	8.1

不整脈

不整脈が確認されるも、以前にその記録がない場合は「はい」を選択してください。

肺炎

X 線上で肺炎と診断された場合、または患者の退院時診断が肺炎と記録されている場合は、「はい」を選択してください。

気管支炎

これは一般に 2 歳未満の小児における臨床診断になります。

急性呼吸窮迫症候群(ARDS)

ベルリン基準では、次のように定義されています：

- 既知の臨床的損傷または呼吸器症状の悪化から 1 週間以内に起こるもの
- 胸水、肺葉/肺虚脱、または結節では十分に説明できない両側性の放射線学的混濁
- 心不全または体液過剰では十分に説明できない呼吸不全

菌血症

血液培養による細菌の増殖。 増殖した細菌が皮膚汚染物質（例えば、コアグラーゼ陰性ブドウ球菌またはジフテロイド）のみであると考えられる場合は、「いいえ」を選択してください。

出血

部位を問わず出血があれば「はい」を記入してください。

心内膜炎

心内膜、自然弁または人工弁上の細菌性もしくは無菌性炎症および腫の形成。

World Health Organization ISARIC

被験者識別番号 |__|__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

モジュール 3: 退院時/死亡時に記入してください

診断/病原体検査

胸部単純レントゲンまたは CT 施行 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、浸潤影あり** □はい □いいえ □不明
今回の罹患期間中に病原体検査は行われた □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**以下全質問に答えてください。
インフルエンザ: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**型 _____
コロナウイルス: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合:** □MERS-CoV □SARS-CoV-2 □その他 _____
その他の呼吸器感染症の診断: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
ウイルス性出血熱: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
その他、公衆衛生上重要な病原体: 検出された場合、病原体名: _____
熱帯熱マラリア: □陽性 □陰性 □未実施 **熱帯熱マラリア以外のマラリア:** □陽性 □陰性 □未実施
HIV: □陽性 □陰性 □未実施

合併症: 入院期間中に患者は以下の合併症を発症しましたか:

ショック	□はい □いいえ □不明	菌血症	□はい □いいえ □不明
痙攣発作	□はい □いいえ □不明	出血	□はい □いいえ □不明
髄膜炎/脳炎	□はい □いいえ □不明	心内膜炎	□はい □いいえ □不明
貧血	□はい □いいえ □不明	心筋炎/心外膜炎	□はい □いいえ □不明
不整脈	□はい □いいえ □不明	急性腎障害	□はい □いいえ □不明
心停止	□はい □いいえ □不明	膵炎	□はい □いいえ □不明
肺炎	□はい □いいえ □不明	肝機能障害	□はい □いいえ □不明
気管支炎	□はい □いいえ □不明	心筋症	□はい □いいえ □不明
急性呼吸窮迫症候群（ARDS）	□はい □いいえ □不明	その他 はいの場合、具体的に	□はい □いいえ □不明 _____

薬物療法: 入院中または退院時に以下を投与されましたか？

経口/経管栄養（液体） □はい □いいえ □不明 **輸液** □はい □いいえ □不明
抗ウイルス薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合:** ○リバビリン ○ロピナビル/リトナビル ○ノイラミニダーゼ阻害薬 ○インターフェロンα ○インターフェロンβ ○その他: _____
抗菌薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____ _____
コルチコステロイド □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**投与経路: ○経口 ○経静脈 ○吸入
はいの場合、種類および最大容量/日: _____
抗真菌薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
抗マラリア薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
未承認薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
非ステロイド性抗炎症薬（NSAID） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____

支持療法: 患者は入院中に一度でも以下の療法を受けたことがありますか:

ICU または重症ケアユニットに入室 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**滞在日数:計 _____日
ICU 入室日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □該当しない
ICU 退出日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □ICU 内最終転帰時 □該当しない
酸素療法 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**以下の全ての質問に答えてください。投与日数:計 _____日
酸素投与量: ○1-5 L/分 ○6-10 L/分 ○11-15 L/分 ○>15 L/分
酸素供給源: ○酸素パイプ ○酸素ボンベ ○酸素濃縮器
インターフェイス: ○鼻カニュラ ○高流量鼻カニュラ ○マスク ○リザーバー付マスク ○CPAP/NIV マスク
非侵襲的換気療法 *(例：BIPAP/CPAP)* □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
侵襲的換気（種類問わず） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
体外式膜型人工肺（ECMO） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
腹臥位 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
腎代替療法（RRT）あるいは透析 □はい □いいえ □不明
強心薬/昇圧剤 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**投与日数:計 _____日

転帰

転帰: □退院 □入院中 □転院 □死亡 □緩和的退院 □不明
転帰日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □不明
退院の場合: 罹患前と比べた退院時の ADL（日常生活動作）: □罹患前と同じ □悪化 □改善 □不明

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.

心筋炎/心外膜炎

心臓または心膜(心臓の外膜)の炎症。 診断は臨床的、生化学的（心筋酵素）または放射線学的に行われます。

急性腎障害

急性腎障害は以下のいずれかに定義されます：

- 48 時間以内に血清クレアチニン値が 0.3 mg/dL 以上（26.5 µmol/L 以上）に上昇する
- 血清クレアチニン値がベースラインの 1.5 倍以上へ上昇する （過去 7 日以内に発生したことが既知であるかまたは推定されるもの）
- 尿量<0.5 mL/kg/時、6 時間

膵炎

臨床的、生化学的、放射線学的または組織学的エビデンスから診断された膵臓の炎症。

肝機能障害

以下のいずれかによって定義されます：

- 臨床的黄疸
- 高ビリルビン血症（血中ビリルビン値が正常範囲上限値の 2 倍）
- アラニントランスアミナーゼまたはアスパラギン酸トランスアミナーゼが正常範囲上限値の 2 倍に上昇

心筋症

今回の入院中に心筋症と診断された場合は、「はい」と記入してください。

その他

当該患者の入院中にその他の重篤な合併症があれば報告してください。

17.薬物療法

退院日を含めた入院期間中にこれらの薬を服用したかどうかを記録してください。

18.支持療法

重要なすべての期間について、患者が処置を受けた暦日数をカウントしてください。 中止および再開された処置については、処置が行われた日はカウントし、行われなかった暦日はカウントしません。

ICU または重症ケアユニットに入室

ICU/HDU 内で死亡した場合、または所属施設の ICU/HDU から他院の ICU/HDU に転院した場合は、「ICU 内最終転帰時」を選択してください。それ以外の場合は、ICU/DU から退院した日付を記録してください。

World Health Organization ISARIC　　被験者識別番号 |__|__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

モジュール 3: 退院時/死亡時に記入してください

診断/病原体検査

胸部単純レントゲンまたは CT 施行 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、浸潤影あり** □はい □いいえ □不明
今回の罹患期間中に病原体検査は行われた □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**以下全質問に答えてください。
インフルエンザ: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**型 _____
コロナウイルス: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合:** □MERS-CoV □SARS-CoV-2 □その他 _____
その他の呼吸器感染症の診断: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
ウイルス性出血熱: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
その他、公衆衛生上重要な病原体: 検出された場合、病原体名: _____
熱帯熱マラリア: □陽性 □陰性 □未実施　**熱帯熱マラリア以外のマラリア:** □陽性 □陰性 □未実施
HIV: □陽性 □陰性 □未実施

合併症: 入院期間中に患者は以下の合併症を発症しましたか:

ショック	□はい □いいえ □不明	菌血症	□はい □いいえ □不明
痙攣発作	□はい □いいえ □不明	出血	□はい □いいえ □不明
髄膜炎/脳炎	□はい □いいえ □不明	心内膜炎	□はい □いいえ □不明
貧血	□はい □いいえ □不明	心筋炎/心外膜炎	□はい □いいえ □不明
不整脈	□はい □いいえ □不明	急性腎障害	□はい □いいえ □不明
心停止	□はい □いいえ □不明	膵炎	□はい □いいえ □不明
肺炎	□はい □いいえ □不明	肝機能障害	□はい □いいえ □不明
気管支炎	□はい □いいえ □不明	心筋症	□はい □いいえ □不明
急性呼吸窮迫症候群（ARDS）	□はい □いいえ □不明	その他 はいの場合、具体的に	□はい □いいえ □不明 _____

薬物療法: 入院中または退院時に以下を投与されましたか？

経口/経管栄養（液体） □はい □いいえ □不明　**輸液** □はい □いいえ □不明
抗ウイルス薬 □はい □いいえ □不明　**はいの場合:** ○リバビリン ○ロピナビル/リトナビル ○ノイラミニダーゼ阻害薬 ○インターフェロンα ○インターフェロンβ ○その他: _____
抗菌薬 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**薬品名: _____ _____ _____
コルチコステロイド □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**投与経路: ○経口 ○経静脈 ○吸入
はいの場合、種類および最大容量/日: _____
抗真菌薬 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**薬品名: _____
抗マラリア薬 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**薬品名: _____
未承認薬 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**薬品名: _____
非ステロイド性抗炎症薬（NSAID） □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**薬品名: _____

支持療法: 患者は入院中に一度でも以下の療法を受けたことがありますか:

ICU または重症ケアユニットに入室 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**滞在日数:計 _____日
ICU 入室日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □該当しない
ICU 退出日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □ICU 内最終転帰時 □該当しない
酸素療法 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**以下の全ての質問に答えてください。投与日数:計 _____日
酸素投与量: ○1-5 L/分 ○6-10 L/分 ○11-15 L/分 ○>15 L/分
酸素供給源: ○酸素パイプ ○酸素ボンベ ○酸素濃縮器
インターフェイス: ○鼻カニュラ ○高流量鼻カニュラ ○マスク ○リザーバー付マスク ○CPAP/NIV マスク
非侵襲的換気療法 *(例：BIPAP/CPAP)* □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**日数:計 _____日
侵襲的換気（種類問わず） □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**日数:計 _____日
体外式膜型人工肺（ECMO） □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**日数:計 _____日
腹臥位 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**日数:計 _____日
腎代替療法（RRT）あるいは透析 □はい □いいえ □不明
強心薬/昇圧剤 □はい □いいえ □不明　**はいの場合、**投与日数:計 _____日

転帰

転帰: □退院 □入院中 □転院 □死亡 □緩和的退院 □不明
転帰日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □不明
退院の場合: 罹患前と比べた退院時の ADL（日常生活動作）: □罹患前と同じ □悪化 □改善 □不明

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.

19.転帰

転帰

転帰は 1 つのみ選択してください。

退院とは、病気がもはや医療施設での処置を必要としない程度に軽快し、罹患前に通常居住していた場所、親戚または友人の家、もしくは社会福祉施設へと退院していくことを意味します。

入院中とは、患者は依然として入院しているものの、COVID-19 感染症からは回復しフォームは記入済みであることを意味します。患者は別の疾患ケアのために入院しているため、後日にフォームが完成するわけではありません。

転院とは、医療を提供するその他の施設に転院したことを意味します。 転院先は、より集中的な治療を受けるための専門的なセンター、またはリハビリテーションを行うためのステップダウンである可能性があります。 社会的介護のみを提供する施設は含みません（これらの患者は、「退院」として記載される必要があります）。

死亡とは、患者が病院内で死亡したことを意味します。

緩和的退院とは、患者が当該疾患またはその他の合併症から回復しないことを予測して退院したことを意味します。緩和的退院では、専門のホスピス施設に行く場合もあれば、通常の自宅で終末期医療を見越して対処する場合もあります。

転帰日

上記の転帰日を記入してください。

World Health Organization ISARIC

被験者識別番号 |__|__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|

モジュール 3: 退院時/死亡時に記入してください

診断/病原体検査

胸部単純レントゲンまたは CT 施行 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、浸潤影あり** □はい □いいえ □不明
今回の罹患期間中に病原体検査は行われた □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**以下全質問に答えてください。
インフルエンザ: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**型 _____
コロナウイルス: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合:** □MERS-CoV □SARS-CoV-2 □その他 _____
その他の呼吸器感染症の診断: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
ウイルス性出血熱: □陽性 □陰性 □未実施 **陽性の場合、**病原体名_____
その他、公衆衛生上重要な病原体: 検出された場合、病原体名: _____
熱帯熱マラリア: □陽性 □陰性 □未実施 **熱帯熱マラリア以外のマラリア:** □陽性 □陰性 □未実施
HIV: □陽性 □陰性 □未実施

合併症: 入院期間中に患者は以下の合併症を発症しましたか:

ショック	□はい □いいえ □不明	菌血症	□はい □いいえ □不明
痙攣発作	□はい □いいえ □不明	出血	□はい □いいえ □不明
髄膜炎/脳炎	□はい □いいえ □不明	心内膜炎	□はい □いいえ □不明
貧血	□はい □いいえ □不明	心筋炎/心外膜炎	□はい □いいえ □不明
不整脈	□はい □いいえ □不明	急性腎障害	□はい □いいえ □不明
心停止	□はい □いいえ □不明	膵炎	□はい □いいえ □不明
肺炎	□はい □いいえ □不明	肝機能障害	□はい □いいえ □不明
気管支炎	□はい □いいえ □不明	心筋症	□はい □いいえ □不明
急性呼吸窮迫症候群（ARDS）	□はい □いいえ □不明	その他 はいの場合、具体的に	□はい □いいえ □不明 _____

薬物療法: 入院中または退院時に以下を投与されましたか？

経口/経管栄養（液体） □はい □いいえ □不明 **輸液** □はい □いいえ □不明
抗ウイルス薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合:** ○リバビリン ○ロピナビル/リトナビル ○ノイラミニダーゼ阻害薬 ○インターフェロンα ○インターフェロンβ ○その他: _____
抗菌薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____ _____
コルチコステロイド □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**投与経路: ○経口 ○経静脈 ○吸入
はいの場合、種類および最大容量/日: _____
抗真菌薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
抗マラリア薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
未承認薬 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____
非ステロイド性抗炎症薬（NSAID） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**薬品名: _____

支持療法: 患者は入院中に一度でも以下の療法を受けたことがありますか:

ICU または重症ケアユニットに入室 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**滞在日数:計 _____日
ICU 入室日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □該当しない
ICU 退出日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □ICU 内最終転帰時 □該当しない
酸素療法 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**以下の全ての質問に答えてください。投与日数:計 _____日
酸素投与量: ○1-5 L/分 ○6-10 L/分 ○11-15 L/分 ○>15 L/分
酸素供給源: ○酸素パイプ ○酸素ボンベ ○酸素濃縮器
インターフェイス: ○鼻カニュラ ○高流量鼻カニュラ ○マスク ○リザーバー付マスク ○CPAP/NIV マスク
非侵襲的換気療法 *(例：BIPAP/CPAP)* □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
侵襲的換気（種類問わず） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
体外式膜型人工肺（ECMO） □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
腹臥位 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**日数:計 _____日
腎代替療法（RRT）あるいは透析 □はい □いいえ □不明
強心薬/昇圧剤 □はい □いいえ □不明 **はいの場合、**投与日数:計 _____日

転帰

転帰: □退院 □入院中 □転院 □死亡 □緩和的退院 □不明
転帰日: [_日_][_日_]/[_月_][_月_]/[_2_][_0_][_年_][_年_] □不明
退院の場合: 罹患前と比べた退院時の ADL（日常生活動作）: □罹患前と同じ □悪化 □改善 □不明

Adapted from SPRINT SARI CRF by ISARIC. Licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License by ISARIC on behalf of Oxford University.