

COVID-19 主要症例報告書

急性呼吸器感染症 臨床的特性データツール

この症例報告書(CRF)の設計

このCRFは、ISARIC_nCovコアデータベースへのデータ記録、または個々の研究で使用するために、モジュールで設定されています。

モジュール1およびモジュール2は、初診/入院の初日、またはCOVID-19評価の初日に記入します。

モジュール2は、ICUまたは高依存性ユニットへの入室の初日に記入します。さらに、リソースが許す限り、最大14日間まで 毎日記入します。病棟間を移動する被験者のフォローアップを続けます。

モジュール3(転帰)は、退院または死亡時に記入します

部に被験者識別番号を入力します。

全般的な手引き

- CRF は、検査、診察、病院のメモのレビューを通じて得られたデータの収集用に設計されています。 被験者が入院日 以降に登録された場合は、その日付前後のデータが収集される場合があります。
- 被験者識別番号は、5 桁のサイトコードと 4 桁の被験者番号で構成されます。
 サイトコードの取得とデータ管理システムへの登録は、ncov@isaric.org にお問い合わせください。ま被験者番号は、各サイトに順番に割り当てられ、0001 から始まります。単一施設で別の病棟の被験者を募集する場合、または連番を割り当てることが困難な場合は、ブロックに番号を割り当てるか、アルファ文字の使用も許可されています。例:病棟 Xには 0001 または A001 以降の番号を割り当てます。各ページの上
- 用紙に印刷された CRF は、後で電子データベースにデータを転送するために使用できます。
- 同じ施設に再入院する被験者については、同じ被験者識別番号で新しいフォームを使用します。初診&入院セクションで「はい-以前入院していた」をチェックしてください。電子データベースには、2つの個別のエントリとして入力します。
- このフォームでデータを収集している 2 つの施設間で被験者が移動するような場合、同じ被験者識別番号の下で、単一の入院として単一の施設によってデータ入力を行うことを推奨します。これが不可能な場合、最初の施設は「他の施設に転院」を転帰として記録し、2 番目の施設は新しい被験者番号で新しいフォームへの記入を開始し、発症&入院で「はい-転院済み」を選択します。
- 回答に基づきセクションを省略するよう指示されている場合を除き、全セクションのすべての質問に回答してください。
- サークル (○) の付いた選択肢は、単一選択式回答です (回答は 1 つだけ選択してください)。四角のボックス (□) の選択肢は、複数選択式回答です (該当するすべての回答を選択してください)。
- 入手不能、適用不能、または不明な検査値の結果については、「未実施」とマークしてください。
- 対象領域外のデータを記録しないでください。追加情報を記録するためのセクションがあります。
- 紙の CRF を使用する場合は、インクを使用してブロック体の大文字ではっきりと記入することをお勧めします。
- 回答を選択するときは、(X) と記入してください。修正する際は、取り消し線 (-----) で削除するデータを消し、 その上に正しいデータを書き込みます。すべての修正には、イニシャルと日付を記入してください。
- 被験者ごとにすべてのシートをまとめて保管してください。例:ホッチキスで止める、被験者固有のフォルダを作るなど。
- すべての紙の CRF データを電子データベースに転送してください。すべての紙の CRF は、各施設で保管してください。 フォームを送付しないでください。データは、安全な電子データベースを介してのみ受理されます。
- https://ncov.medsci.ox.ac.uk/の電子データキャプチャシステムにデータを入力してください。 それぞれの施設が 独自にデータを収集したい場合は、弊社がローカルでホストされたデータベースの構築をサポートいたします。
- データベースについてサポートが必要な場合、コメントがある場合は、<u>ncov@isaric.org</u>からご連絡ください。またその際は本フォームをご使用いただいていることをお知らせください。





被験者識別番号:	[][_][][][]	[][][]	[_
----------	---	----	-----	----	----	---	---	----	-----	---	---

モジュール 1: 初診/入院時の症例報告書

新型コロナウイルス (COVID-19) 感染の疑いあり/確定: oはい oいいえ

被験者情報
臨床センター名:
登録日 /COVID-19 評価初日: [_D_] [_D_]/[_M_] [_M_]/[_2_] [_O_] [_Y_] [_Y_]
人種グループ (該当するものすべてを選択してください): □アラブ □ブラック □東アジア □南アジア □ 西アジア □ラテンアメリカ □ホワイト
□アボリジニ/先住民 □その他: ○ 不明
医療従事者として働いていますか? Oはい Oいいえ O不明 微生物学研究室で働いていますか? Oはい Oいいえ O不明
出生時の性別: O男性 O女性 Oどちらでもない/不明 年齢 [][]歳 または [][]か月
妊娠していますか? O はい O いいえ O 不明 はいの場合:妊娠週数 : [] [] 週
産後ですか?O はい Oいいえ O不明 (i いいえ/不明の場合、このセクションは省略してください)
妊娠の転帰: 〇生産 O死産 出産日: [_D_] [_D_]/[_M_] [_M_]/[_2_] [_0_] [_Y_] [_Y_]
赤ちゃんは COVID-19/SARS-CoV-2 感染の検査を受けましたか?Oはい Oいいえ O不明
はいの場合の検査結果: O陽性 O陰性 O不明 (陽性の場合、赤ちゃん用の別の CRF を記入してください)
乳幼児 - 1 歳未満ですか?Oはい Oいいえ (いいえの場合、このセクションは省略してください)
出生時体重: [] [] Okg または Olbs O不明
妊娠の結果: ○ 満期産(胎児年齢 37 週以上) ○早産(胎児年齢 37 週未満) ○不明 母乳育児ですか?○はい-現在母乳育児中 ○はい-母乳育児を中止 ○いいえ ○不明
年齢/国に沿った予防接種を済ませていますか? Oはい Oいいえ O不明
発症と入院
最初の発症日: [_D_](_M_](_M_](_2_](_0_](_Y_](_Y_)
この施設への直近の受診日/入院日 : [_D_] [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_Y_] [_Y_]
以前入院していたか、現在の疾病期間中に他の施設から転院しましたか?
Oはい-この施設に以前入院していた
入院時の徴候と症状 (利用可能な初診/入院時の最初のデータ - 24 時間以内)
体温: [][]. [] o ° C <i>または</i> o ° F
心拍数: [][]回/分
収縮期血圧 : [][]mmHg 拡張期血圧: [][]mmHg
 酸素飽和度: [][]% 環境: ○ 室内気 ○ 酸素治療下 ○ 不明





被験者識別番号: [__][__][__][__][__][__]

モジュール 1: 初診/入院時の症例報告書

入院時の	徴候と症状 <i>(不明= 不</i>	、 明)				
熱がありまっ	すか	Oはい Oいいえ O不明	疲労 / 倦怠感	oはい	Oいいえ	O不明
咳	Oはい一乾性咳	○はい-湿性咳	食欲不振	oはい	Oいいえ	O不明
	Oはい-喀血を伴う咳	Oいいえ O不明	意識変容/混迷	oはい	Oいいえ	O不明
のどの痛み		Oはい Oいいえ O不明	筋肉痛	oはい	Oいいえ	O不明
鼻水(鼻漏)		Oはい Oいいえ O不明	関節痛	oはい	Oいいえ	O不明
喘鳴		Oはい Oいいえ O不明	步行不能	Oはい	Oいいえ	O不明
息切れ		Oはい Oいいえ O不明	腹痛	Oはい	Oいいえ	O不明
下部胸壁の	陷没	Oはい Oいいえ O不明	下痢	Oはい	O いいえ	O不明
胸痛		Oはい Oいいえ O不明	嘔吐 / 吐き気	Oはい	Oいいえ	O不明
結膜炎		Oはい Oいいえ O不明	皮疹	Oはい	Oいいえ	O不明
リンパ節腫腫	長	Oはい Oいいえ O不明	出血	Oはい	O いいえ	O不明
頭痛		Oはい Oいいえ O不明	出血がある場合その部位:			
嗅覚喪失(約	無嗅覚症)	Oはい Oいいえ O不明	その他の症状	Oはい	O いいえ	O不明
味覚喪失 〇はい 〇いいえ 〇不明		はいの場合、以下から選ん	でください:			
発作		Oはい Oいいえ O不明				

入院前医療 (医療施設への入院/受診の 14 日以内に行われた)									
アンジオテンシン変換酵素阻害剤(ACE 阻害剤)	Oはい	O いいえ	O不明						
アンジオテンシン II 受容体遮断薬 (ARB)	Oはい	Oいいえ	O不明						
非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID)	Oはい	O いいえ	O不明						
経口ステロイド	Oはい	Oいいえ	O不明	はいの場合、薬剤名:					
その他の免疫抑制剤									
(非経ロステロイド)	Oはい	O いいえ	O不明	はいの場合、薬剤名:					
抗ウイルス薬	Oはい	Oいいえ	O不明	はいの場合、薬剤名:					
抗生物質	Oはい	Oいいえ	O不明	はいの場合、薬剤名:					
その他の COVID-19 を対象とする医薬品	oはい	Oいいえ	O不明	はいの場合、薬剤名:					

併存疾患とリスクファクター (入院前)	に存在し継続中)		
慢性心疾患(高血圧を除く)	Oはい Oいいえ O不明	慢性血液疾患	Oはい Oいいえ O不明
高血圧	O はい O いいえ O 不明	AIDS / HIV Oはい-ART 治療中 Oいいえ O不明	Oはい-ART 治療を行っていない
慢性肺疾患 <i>(気管支喘息を除く)</i>	Oはい Oいいえ O不明	糖尿病 Οはい-タイプ 1 Οはい	タイプ 2 ○ いいえ ○ 不明
気管支喘息 <i>(医師の診断による)</i>	Oはい Oいいえ O不明	リウマチ障害	Oはい Oいいえ O不明
慢性腎臓病	Oはい Oいいえ O不明	認知症	Oはい Oいいえ O不明
肥満 (臨床スタッフの定義による)	Oはい Oいいえ O不明	結核	Oはい Oいいえ O不明
中等度/重度の肝疾患	Oはい Oいいえ O不明	栄養失調	Oはい Oいいえ O不明
軽度の肝疾患	Oはい Oいいえ O不明	喫煙 Oはい O喫煙経験なし (O 元喫煙者 O 不明
無牌症	Oはい Oいいえ O不明	その他の該当するリスクファク	
慢性神経障害	Oはい Oいいえ O不明	はいの場合、以下から選んでください 	·.
悪性新生物	Oはい Oいいえ O不明		





被験者識別番号:	[_	_][_	_][_][_	_][_]	[][][][_]
----------	----	------	-----	------	-----	----	-----	----	----	----

モジュール 2: 各日症例報告フォーム

入院日、または最初の COVID-19 の検査日、および ICU 入室初日(入院日と異なる場合)に記入します。また、利用可能なリソースに応じて、最大 14 日間、または生化学的な結果が得られる間、毎日記入します。

徴候と症状 (検査日の 00:00 から 24:00 の間で最悪の値を記録します)(最悪=正常範囲から最も離れた値)
評価日 (DD/MM/YYYY): [_D_] [_D_]/[_M_] [_M_]/[_2_] [0_] [_Y_]
体温: [][].[] O ° C または O ° F 心拍数: [][]回/分 呼吸数: [][]回/分
収縮期血圧: [][]mmHg 拡張期血圧: [][]mmHg 酸素飽和度 SaO ₂ [][]%
補助酸素: FiO₂ (0.21-1.0) [].[] または [] % または [] L/分
胸骨毛細血管再充満時間 >2 秒 Oはい Oいいえ O不明
AVPU: アラート []
被験者は現在以下の治療を受けていますか、または受けましたか? $(評価日の 00:00 から 24:00 の間)$
高流量鼻カニューレ酸素療法ですか? Oはい Oいいえ O不明
非侵襲的換気療法 (任意) ですか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合: OBIPAP OCPAP Oその他 O不明
侵襲的換気ですか? Oはい Oいいえ O不明
腹臥位換気ですか? Oはい Oいいえ O不明
NO 吸入ですか? Oはい Oいいえ O不明
気管切開ですか? Oはい Oいいえ O不明
体外心肺補助装置 (ECLS/ ECMO) ですか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合: OVV OAV Oセントラル O不明
腎代替療法 (RRT) または透析ですか? Oはい Oいいえ O不明
任意の昇圧剤/強心薬ですか? Oはい Oいいえ O不明 (いいえの場合、次の 3 つの質問でいいえを選択してください)
ドーパミン〈5μg/kg/分 または ドブタミン または ミルリノン または レボシメンダン : Οはい Οいいえ
ドーパミン 5-15μg/kg/分 または エピネフリン/ノルエピネフリン く 0.1μg/kg/分 または パソプレシン または フェニレフリン: Οはい Οいいえ
ドーパミン >15μg/k/分 または エピネフリン/ノルエピネフリン > 0.1μg/kg/分: Oはい Oいいえ
神経筋遮断薬ですか? 〇はい 〇いいえ 〇不明
その他の処置または手順ですか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、具体的に記入してください:
現在 ICU/ITU/IMC/HDU に入室していますか? Oはい Oいいえ O不明 (評価日の最悪値を記録してください)
PaO₂ (ページ上部に記録された FiO ₂ に最も近い時間) [] [] O kPa または O mmHg O 未実施
PaO ₂ サンプルタイプ: O動脈 O毛細血管 O不明
PaO ₂ と同じ血液ガス記録から:
PCO ₂ OkPa または OmmHg pH HCO ₃ mEq/L Base excess mmol/L
リッチモンド鎮静スケール (RASS) [] または ライカー鎮静スケール (SAS) [] O 不明
平均動脈血圧 [][]mmHg ○ 不明
尿流量 [][][]mL/24 時間 O 推定値を確認 O 不明





被験者識別番号:	[1[1[][1[][1[_][_][_	
----------	---	----	----	----	----	----	----	------	-----	--

モジュール 2: 各日症例報告フォーム

入院日、または最初の COVID-19 の検査日、および ICU 入室初日(入院日と異なる場合)に記入します。また、利用可能なリソースに応じて、最大 14 日間、または生化学的な結果が得られる間、毎日記入します。

検査結果(入院時、ICUへの入室時、その後毎日) - すべての行を記入してください

評価日 *(DD/MM/YYYY):* [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_]

評価日の 00:00 から 24:00 の最悪値を記入します (情報がない場合は「N/A」と記入してください):

検査結果 (*リストされているものと異なる場合は単位を記録してください)

パラメータ	值*	実施さ れてい ません	パラメータ	值*	実施さ れてい ません
ヘモグロビン(g/L)		0	尿素 (BUN) (mmol/L)		o
WBC カウント(x10 ⁹ /L)		o	乳酸 (mmol/L)		o
リンパ球数(10 ⁹ /L)		0	クレアチニン (μ mol/L)		0
好中球数(10 ⁹ /L)		o	ナトリウム (mmol/L)		o
ヘマトクリット (%)		0	カリウム (mmol/L)		o
血小板(x10 ⁹ /L)		o	プロカルシトニン (ng/mL)		0
APTT(秒) <i>)</i>		0	CRP (mg/L)		o
APTR		0	LDH (U/L)		0
PT(秒)		0	クレアチンキナーゼ (U/L)		0
INR		0	トロポニン I (ng/mL)		o
ALT/SGPT (U/L)		0	D-ダイマー (mg/L)		0
総ビリルビン(µmol/L)		0	フェリチン(ng/mL)		0
AST/SGOT (U/L)		0	IL-6 (pg/mL)		0
グルコース (mmol/L)		0			





被験者識別番号: [__][__][__][__]---[__][__][__]

モジュール 3: 転帰症例報告フォーム

治療:	入院中	(任意の時間に)	被験者は以下の治療を受けましたかこ

酸素療法ですか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、総期間: _____日 O不明

最大酸素流量: O <2 L/分 O2-5 L/分 O6-10 L/分 O11-15 L/分 O>15 L/分

非侵襲的換気ですか?(任意) Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、総期間: _____日 O不明

侵襲的換気ですか?(任意) Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、総期間: 日 O不明

転帰症例報告フォーム Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、総期間: _____日 O不明

NO 吸入ですか? Oはい Oいいえ O不明

気管切開ですか? Oはい Oいいえ O不明

体外式膜型人工肺ですか (ECMO)? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、総期間: _____日 O不明

腎代替療法 (RRT) または透析ですか? Oはい Oいいえ O不明

強心薬/昇圧剤ですか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、総期間: _____日 O不明

ICU または 高依存性ユニットに入室しましたか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合、総期間: _____日 O不明

はいの場合、ICU 入院日: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_Y_] [_Y_] O不明

ICU 退院日: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] O不明

合併症:入院中(任意の時間に)被駆	険者に以	下の症状が	がありま	した か : <i>(Unk = 不明)</i>			
ウイルス性肺炎/肺炎	Oはい	O いいえ	O不明	脳卒中 / 脳血管障害	Oはい	Oいいえ	O不明
細菌性肺炎	o はい	O いいえ	O不明	髄膜炎 / 脳炎	Oはい	Oいいえ	O不明
急性呼吸促拍症候群	oはい	Oいいえ	O不明	菌血症	Oはい	Oいいえ	O不明
はいの場合、以下から選んでください: (P軽度 O	中程度 〇重原	夏 〇不明	凝固障害 / DIC	Oはい	Oいいえ	O不明
気胸	Oはい	Oいいえ	O不明	肺塞栓症	Oはい	Oいいえ	O不明
胸水	oはい	Oいいえ	O不明	貧血	oはい	Oいいえ	O不明
潜在性気質化肺炎 (COP)	Oはい	O いいえ	O不明	横紋筋融解症 / 筋炎	Oはい	Oいいえ	O不明
細気管支炎	oはい	Oいいえ	O不明	急性腎障害/急性腎不全	oはい	Oいいえ	O不明
心停止	oはい	Oいいえ	O不明	胃腸出血	oはい	Oいいえ	O不明
心筋梗塞	oはい	Oいいえ	O不明	膵炎	oはい	Oいいえ	O不明
心臓虚血	oはい	Oいいえ	O不明	肝機能障害	oはい	Oいいえ	O不明
心不整脈	Oはい	O いいえ	O不明	高血糖	Oはい	O いいえ	O不明
心筋炎 / 心膜炎	oはい	Oいいえ	O不明	低血糖	oはい	Oいいえ	O不明
心内膜炎	oはい	Oいいえ	O不明	その他			
心筋症	Oはい	Oいいえ	O不明	はいの場合、具体的に記入	してくだ	さい:	
うっ血性心不全	Oはい	Oいいえ	O不明				
発作	Oはい	Oいいえ	O不明				





被験者識別番号: [__][__][__][__][__][__]

ヒンュール 3. 転帰延例報告フォーム
診断
被験者は COVID-19 と臨床的に診断されましたか? oはい oいいえ o不明
この疾病期間中に病原体検査は行われましたか? oはい (セクションを記入してください) oいいえ o不明
コロナウイルス: O陽性 O陰性 O未実施 陽性の場合 : OCOVID-2019/ SARS-CoV2 OMERS CoV
○ その他の CoV: ○ 不明
インフルエンザ: O陽性 O除性 O未実施 陽性の場合 : OA/H3N2 OA/H1N1pdm09 OA/H7N9 OA/H5N1 OA-not typed OB
○ その他: ○ 不明
RSV: O陽性 O陰性 O未実施
アデノウイルス: O陽性 O陰性 O未実施
パクテリア: O陽性 O陰性 O未実施 陽性の場合、具体的に記入 してください:
検出されたその他の病原体: O はい Oいいえ O不明 はいの場合、すべて記入してください:O 不明

臨床的肺炎と診断されましたか? O はい O いいえ O 不明
胸部 X 線検査は行われましたか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合: 浸潤物は存在しましたか? Oはい Oいいえ O不明
CT を行いましたか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合: 浸潤物は存在しましたか? Oはい Oいいえ O不明

収集日 (DD/MM/YYYY)	生体試料のタイプ	実験室検査方法	結果	検査された/検出された 病原体
DD/_MM_/20_YY_	O鼻/NP スワブ O咽頭スワブ O鼻/NP+咽頭スワブ O痰 O痰 OBAL O便/直腸スワブ O血液 Oその他、具体的に記入してください:	OPCR O培養 Oその他、 <i>具体的に記</i> <i>入してください:</i>	○陽性 ○陰性 ○不明	
DD /_MM_ /20_YY_	O鼻/NP スワブ O咽頭スワブ O鼻/NP+咽頭スワブ O痰 OBAL OETA O尿 O便/直腸スワブ O血液 Oその他、 <i>具体的に記入してください</i> :	OPCR O培養 Oその他、 <i>具体的に記</i> <i>入してください:</i>	O陽性 O陰性 O不明	
	O鼻/NP スワブ O咽頭スワブ O鼻/NP+咽頭スワブ O痰 OBAL OETA O尿 O便/直腸スワブ O血液 Oその他、 <i>具体的に記入してください</i> :	OPCR O培養 Oその他、 <i>具体的に記</i> <i>入してください:</i>	O 陽性 O 陰性 O 不明	
DD /_MM_ /20_YY_	○鼻/NP スワブ ○ 咽頭スワブ ○鼻/NP+咽頭スワブ ○痰 O BAL O ETA O 尿 ○ 便/直腸スワブ ○ 血液 ○ その他、 <i>具体的に記入してください</i> :	 OPCR O培養 Oその他、 <i>具体的に記</i> <i>入してください:</i>	O陽性 O陰性 O不明	
	O鼻/NP スワブ O咽頭スワブ O鼻/NP+咽頭スワブ O痰 OBAL OETA □尿 O便/直腸スワブ O血液 Oその他、 <i>具体的に記入してください:</i>	OPCR O培養 Oその他、 <i>具体的に記</i> 入してください:	O 陽性 O 陰性 O 不明	





被験者識別番号: [__][__][__][__]--- [__][__][__]

モジュール 3: 転帰症例報告フォーム

投薬:入院中、または退院後以下のいずれかが投与されましたか	? (Unk=不明)		
抗ウイルス薬、または COVID-19 標的薬剤ですか? Oはい Oいいえ O不明	はいの場合、すべ	ての薬剤と期	間を記入してください:
□リバビリン 開始日 [_D_] [_D_]/[_M_] [_M_]/[_2_] [_0_] [Y_][_Y_] 期間:	目	●不明
□ ロピナビル/リトナビル 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] 期間:	目	◘不明
□レムデシビル 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_]	期間:	目	ᄌ不明
□インターフェロンアルファ 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y	_][_Y_] 期間 :	目	ᄌ不明
□インターフェロンベータ 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_ <u>Y</u> _] 期間:	日	○不明
□ クロロキン/ヒドロキシクロロキン 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_] [_Y_] [_Y_] 期間	:目	ᄌ不明
□ その他 開始日 [_D_] [_D_]/[_M_] [_M_]/[_2_] [_0_]	[_Y_][_Y_] 期間		○不明
************************************	ださい:		
薬剤:		日	○不明
薬剤:		日	●不明
薬剤: 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_]			
コルチコステロイドですか? Oはい Oいいえ O不明 はいの場合の			
経口か静脈注射の場合、薬剤を記入してください: お	5よひ、1日の最大投	与重 & ユニッ	y F:
開始日 [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_Y_] [_Y_] ○ 不明 期	間: 日	〇不明	

へパリンですか? O はい O いいえ O 不明 はいの場合の投与方法:	□皮下注射 □静脈	主射 (IV) O	不明
へパリンですか?			
	1日の最大投与量	& ユニット:_	
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○ 不明	1日の最大投与量	& ユニット:_	
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 開始日 [_D_][_D_]/[_M_](_2_][_0_](_Y_] [_Y_] ○不明 ##***********************************	1日の最大投与量 明間: 日	& ユニット ∶_ ○ 不明	
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ○不明 共	1日の最大投与量 明間: 日	& ユニット ∶_ ○ 不明	
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス O不明 開始日 [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_Y_] [_Y_] O不明 期	1日の最大投与量 明間: 日 い? 〇はい	& ユニット: _ 〇不明 ○ いいえ ○	
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ○不明 期	1日の最大投与量 明間: 日 か? Oはい	& ユニット: _ 〇不明 Oいいえ C) 不明
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ○不明 期	1日の最大投与量 明問: 日 のはい	& ユニット: _ 〇不明 〇いいえ 〇 〇) 不明
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 開始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ○不明 其************************************	1日の最大投与量 開間: 日 か? Oはい	& ユニット: _ 〇不明 〇いいえ 〇 〇 〇不明) 不明 不明
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 期始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ○不明 ま************************************	1日の最大投与量 開間: 日 か? Oはい	& ユニット: _ 〇不明 〇いいえ 〇 〇 〇不明) 不明 不明
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 期始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ○不明 ま************************************	1日の最大投与量 開間: 日 か? Oはい	& ユニット: _ 〇不明 〇いいえ 〇 〇 〇不明) 不明 不明
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス O不明 期始日 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] O不明 期	1日の最大投与量 開間: 日 か? Oはい	& ユニット: _ 〇不明 〇いいえ 〇 〇 〇不明) 不明 不明
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス ○不明 開始日 [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_Y_] [_Y_] ○不明 ####################################	1日の最大投与量 開間: 日 か? Oはい	& ユニット: _ 〇不明 〇いいえ 〇 〇 〇不明) 不明 不明
はいの場合: □未分画 □低分子量 □フォンダパリヌクス O不明 期	1日の最大投与量 期間: 日 か? Oはい 間: 日	& ユニット: _ 〇不明 〇いいえ 〇 〇 〇不明) 不明 不明