

--	--

(この欄には何も記入しないでください)

入院状況に関する調査票（妊婦用）

医療機関名 _____

記入医師氏名 _____

患者氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

調査対象の入院 平成 年 月 (上旬・中旬・下旬)

1. 入院の状況

カルテ番号		入院時の病名	1. 出産・切迫早産など産科的理由 (病名:)
入院日	平成 年 月 日		2. 肺炎
退院日	平成 年 月 日		3. インフルエンザ 4. 持病の悪化(病名:) 5. その他(病名:)

2. 入院時の検査所見（入院時病名が「1. 産科的理由」のみの人は記入不要）

白血球数	/ μ L	AST(GOT)	IU/L
Hb	g/dL	ALT(GPT)	IU/L
血小板数	万/ μ L	γ GTP	IU/L
CRP	mg/dL	BUN	mg/dL
アルブミン	g/dL	クレアチニン	mg/dL
空腹時血糖	mg/dL	HbA1c(NGSP)	%
		HbA1c(JDS)	%

3. 治療の状況（入院時病名が「1. 産科的理由」のみの人は記入不要）

インフルエンザ薬の治療	1. なし 2. あり (薬の名前:) ; 治療期間 日間
抗生素の治療	1. なし 2. あり (薬の名前:) ; 治療期間 日間
酸素吸入	1. なし 2. あり (治療期間: 日間)
人工呼吸	1. なし 2. あり (治療期間: 日間)
集中治療室での治療	1. なし 2. あり (治療期間: 日間)