

(様式 3-3)

-

(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 (乳児用)

医療機関名 _____

記入医師氏名 _____

患者氏名 _____ 生年月日 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. 肺炎 2. インフルエンザ 3. その他 (病名: _____)
入院日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
退院日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
インフルエンザ陽症	1. なし 2. あり		

2. 入院時の検査所見

白血球数	/ μ L	BUN	mg/dL
Hb	g/dL	クレアチニン	mg/dL
血小板数	万/ μ L	Na	mEq/L
CRP	mg/dL	K	mEq/L
AST(GOT)	IU/L	Cl	mEq/L
ALT(GPT)	IU/L	SpO ₂	%

3. 治療の状況

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)
抗生物質の治療	1. なし 2. あり (薬の名前: _____ ; 治療期間 _____ 日間)
点滴治療	1. なし 2. あり (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)