

--	--

(この欄には何も記入しないでください)

妊娠のインフルエンザ予防に関する疫学調査

2回目調査票

記入日： 平成 26 年 月 日

お名前： _____ (フリガナ： _____)

生年月日：昭和・平成 年 月 日生 (歳)

ご住所：〒 _____ -

電話番号（平日の9:00～17:00に連絡可能な番号）：

(_____) - _____

以下の質問につき、あてはまる数字を〇で囲むか、下線部に答えを記入してください。

質問1. 昨年（平成25年）10月以降に、「インフルエンザワクチン」を接種しましたか。

1. いいえ 2. はい → 接種した日： 平成 年 月

質問2. 昨年（平成25年）10月以降に、「呼吸器系の症状（せき・鼻水・のどのいたみ、など）」で医療機関を受診したことはありましたか？

1. いいえ 2. はい



◆ 受診した日、発熱の有無、を教えて下さい。複数回、受診したことがある場合は、それについて、教えて下さい。

	受診した日	発熱の有無
1	平成 年 月 (上旬) (中旬) (下旬)	1. なし 2. あり (最高体温： . °C)
2	平成 年 月 (上旬) (中旬) (下旬)	1. なし 2. あり (最高体温： . °C)
3	平成 年 月 (上旬) (中旬) (下旬)	1. なし 2. あり (最高体温： . °C)

⇒ 次のページに進んでください

質問3. 昨年（平成25年）10月以降に、医師から「インフルエンザ」と診断されたことはありましたか？

1. いいえ 2. はい

- ◆ 診断された日、インフルエンザの型、インフルエンザ薬の服用、を教えて下さい。
複数回、診断されたことがある場合は、それぞれについて、教えて下さい。

	診断された日	インフルエンザの型	インフルエンザ薬の服用
1	平成 年 月 <small>（上旬 中旬 下旬）</small>	1. A型 2. B型 3. A・B両方 4. 不明	1. した（薬名： ） 2. していない
2	平成 年 月 <small>（上旬 中旬 下旬）</small>	1. A型 2. B型 3. A・B両方 4. 不明	1. した（薬名： ） 2. していない

質問4. 昨年（平成25年）10月以降に、入院したことはありましたか？

（出産のための入院は除きます）

1. いいえ 2. はい

- ◆ 入院した日、入院先の病院名、病名を教えて下さい。
複数回、入院した場合は、それぞれについて教えて下さい。

	入院した日	入院先の病院	病名
1	平成 年 月 <small>（上旬 中旬 下旬）</small>	病院名： 所在地： 都・道・府・県 市・区・町・村	1. 切迫早産など産科的な理由 2. 肺炎 3. インフルエンザ 4. 持病の悪化（病名： ） 5. その他（病名： ）
2	平成 年 月 <small>（上旬 中旬 下旬）</small>	病院名： 所在地： 都・道・府・県 市・区・町・村	1. 切迫早産など産科的な理由 2. 肺炎 3. インフルエンザ 4. 持病の悪化（病名： ） 5. その他（病名： ）

「入院あり」とご回答いただいた方について、入院先の病院に診療情報の問い合わせをする場合があります。

ご同意いただける場合は、以下にご署名をお願いします。

調査責任者

大阪産婦人科医会 会長 高木 哲 殿
厚生労働省研究班 代表 廣田 良夫 殿
(大阪市立大学公衆衛生学教授)

- 病院への問い合わせに、同意します。

ご署名

質問 5. 昨年（平成 25 年）10 月以降に、お子さまを出産されましたか？

1. いいえ

2. はい（お子様の性別：男・女）

質問は以上です。
ご協力ありがとうございました。

以下の質問は、出産されたお子さまについて、おたずねします。

質問 6. 出産した日を教えてください。 平成 年 月 日

質問 7. お子さまの出生時の身長、体重についてお尋ねします。

身長 _____ cm 体重 _____ g

質問 8. お子さまは、分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常を指摘されましたか？

1. いいえ 2. はい（病名：）

質問 9. お子さまは、生まれてから今までに、特別な病気（心臓・腎臓・肝臓・血液・免疫不全・その他）と診断されたことが、ありましたか？

1. いいえ 2. はい（病名：）

質問 10. お子さまは、託児所や保育所に通っていますか？

1. いいえ 2. はい

質問 11. お子さまへの栄養は、次のどれにあてはまりますか？

1. 母乳のみ 2. 母乳が主 3. 混合 4. 粉ミルクが主 5. 粉ミルクのみ

質問 12. お子さまは、「呼吸器系の症状（せき・鼻水、など）」で医療機関を受診したことありましたか？

1. いいえ 2. はい

◆ 受診した日、発熱の有無、を教えて下さい。複数回、受診したことがある場合は、それぞれについて、教えて下さい。

	受診した日 平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	発熱の有無 1. なし 2. あり（最高体温：. °C）
1	平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	1. なし 2. あり（最高体温：. °C）
2	平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	1. なし 2. あり（最高体温：. °C）
3	平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	1. なし 2. あり（最高体温：. °C）

⇒ 次のページに進んでください

質問 13. お子さまは、医師から「インフルエンザ」と診断されたことはありましたか？

1. いいえ 2. はい

◆ 診断された日、インフルエンザの型、インフルエンザ薬の服用、を教えて下さい。
複数回、診断されたことがある場合は、それについて、教えて下さい。

	診断された日	インフルエンザの型	インフルエンザ薬の服用
1	平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	1. A型 2. B型 3. A・B両方 4. 不明	1. した（薬名： ） 2. していない
2	平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	1. A型 2. B型 3. A・B両方 4. 不明	1. した（薬名： ） 2. していない

質問 14. お子さまは、入院したことはありましたか？

1. いいえ 2. はい

◆ 入院した日、入院先の病院名、病名を教えて下さい。
複数回、入院した場合は、それについて教えて下さい。

	入院した日	入院先の病院	病名
1	平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	病院名： 所在地： 都・道・府・県 市・区・町・村	1. 肺炎 2. インフルエンザ 3. その他（病名： ）
2	平成 年 月 <small>上旬 中旬 下旬</small>	病院名： 所在地： 都・道・府・県 市・区・町・村	1. 肺炎 2. インフルエンザ 3. その他（病名： ）

「入院あり」とご回答いただいた方について、入院先の病院に診療情報の問い合わせをする場合があります。

ご同意いただける場合は、以下にご署名をお願いします。

調査責任者

大阪産婦人科医会 会長 高木 哲 殿
厚生労働省研究班 代表 廣田 良夫 殿
(大阪市立大学公衆衛生学教授)

■ 病院への問い合わせに、同意します。

ご署名

お子さまのお名前

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。