

インフルエンザに伴う出血に関する調査のお願い

インフルエンザ様疾患罹患時及び抗インフルエンザ薬使用時に見られた出血について、厚生労働省では、その実態把握をいたしたく、今年度より川崎市健康安全研究所で研究を行うこととしておりますので、以下のとおり、当該研究にかかる調査へのご協力をお願いします。

[調査の概要]

出血に関する調査

〈報告対象〉： インフルエンザ様疾患と診断され、かつ、出血症状を示した患者

〈報告対象期間等〉： 令和元年11月～令和2年3月
令和元年11月1日以降、報告対象症例を診察されるごとに、随時、報告してください。

〈報告方法〉： F A X（裏面様式により報告）

〈インフルエンザ様疾患の疾患定義〉

臨床的特徴（上気道炎症状に加えて、突然の高熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛を伴うこと）を有しており、症状や所見からインフルエンザと疑われる者のうち、下記のいずれかに該当する者

- 次のすべての症状を満たす者
 - ①突然の発症、②高熱(38℃以上)、③上気道炎症状、④全身倦怠感等の全身症状
- 迅速診断キットで陽性であった者

※ 該当する患者さんがおられない場合は、報告の必要はありません。

※ 複数症例報告される場合には fax 用紙を

<http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/disease/influenza/search/pdf-d.pdf>

からダウンロードしてください。ダウンロードできない場合には、ご連絡ください。

※ この調査において報告をお願いする「患者さんに関する出血に関する情報」は、個人情報の保護に関する法律で定められた『個人情報』には該当いたしません。なお、報告いただいた内容（症状や使用薬剤等）に関して、後日、照会を行う場合があるため、「医療機関名」及び「報告医師名」について記載いただくこととしておりますが、これらの情報につきましては、調査研究報告書作成後、直ちに廃棄する予定です。

※ 調査報告に関する疑義・お問い合わせにつきましては、国立感染症研究所感染症疫学センター（連絡先 大日（おおくさ） tel:0120-577-372 fax:0120-887-311 e-mail:ohkusa@nih.go.jp）まで、お願いします。

インフルエンザ様疾患罹患時出血データベース fax 送信用紙

送信先:0120-887-311(混雑時には0120-887-432でも可)

① 医療機関名		② 医師氏名	
③ 都道府県名	都・道・府・県	④ 電話番号	
⑤ 報告日	年 月 日		
⑥ 発熱日時	年 月 日 時頃	⑦ 出血した日時	年 月 日 時頃
⑧ 患者の年齢	歳 月 (月齢は1歳未満のみ)	⑨ 患者の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
⑩ 最高体温	度	⑪ インフルエンザ迅速診断キットの実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
⑫ 迅速診断キットによる検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性(A型(H3N2))	<input type="checkbox"/> 陽性(A型(H1N1))	<input type="checkbox"/> 陽性(A型(亜型不明))
	<input type="checkbox"/> 陽性(B型)	<input type="checkbox"/> 陽性(型不明)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明
⑬ 罹患前半年間の予防接種歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 不明		
⑭ 出血した部位 <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 <input type="checkbox"/> 結膜出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 口腔内出血 <input type="checkbox"/> 皮下点状出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血斑 <input type="checkbox"/> 関節内出血 <input type="checkbox"/> 吐血(上部消化管出血) <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 肉眼的血尿 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 採血部位の出血 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) ⑭-1 持続期間 _____ 分ぐらい ⑭-2 転帰 <input type="checkbox"/> 圧迫のみで止まった <input type="checkbox"/> 医療機関受診してなんらかの処置をして止まった <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 輸液・輸血 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) ⑭-3 関連が想定される基礎疾患 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 血小板減少症 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) ⑭-4 関連が想定される使用薬剤 <input type="checkbox"/> 抗がん剤(具体的に) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤(具体的に) <input type="checkbox"/> アスピリンなど抗炎症剤(具体的に) <input type="checkbox"/> ワルファリンなど凝固因子抑制剤(具体的に) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)			
⑮ 出血前に抗インフルエンザウイルス薬・アセトアミノフェンの使用はありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		
⑮で「はい」の場合、該当する薬剤全てをチェックしてください(※1) またその薬剤の出血前最後の使用日時を教えてください(※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤名不明		
	<input type="checkbox"/> タミフル(リン酸オセルタミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> オセルタミビル[サワイ](リン酸オセルタミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> シンメトレル(塩酸アマンタジン)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> リレンザ(ザナミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> ラピアクタ(ペラミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> イナビル(ラニナミビル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
	<input type="checkbox"/> ゾフルーザ(バロキサビルマルボキシル)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン(処方薬)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明	
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン(一般用医薬品)	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 日時不明	

※1:薬剤の種類が不明の場合には薬剤名不明欄にチェックを入れてください

※2:使用日時不明の場合には、日時不明欄にチェックを入れてください