

## インフルエンザに伴う異常な行動に関する調査のお願い

〔インフルエンザ定点以外の医療機関用〕

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異常な行動が、医学的にも社会的にも問題になっており、2007年より調査をお願いしております。厚生労働省では、引き続き、その背景に関する実態把握をいたしたく、国立感染症研究所により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〕

#### 重度の異常な行動に関する調査（重度調査）

〈調査依頼対象〉： すべての医療機関

〈報告対象〉： インフルエンザ様疾患と診断され、かつ、重度の異常な行動<sup>※</sup>を示した患者

※飛び降り、急に走り出すなど、制止しなければ生命に影響が及ぶ可能性のある行動（別添(報告基準)参照)

〈報告対象期間等〉：平成25年11月～平成26年3月

平成25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〉： インターネット（下記URLから入力） 又は  
FAX（別紙様式により報告）

URL： <http://953862.net/>

ID： ご自身のメールアドレスを入れてください

初期パスワード： kansenken

(別添) インフルエンザに伴う異常な行動に関する報告基準 (報告基準)

(重度調査) インフルエンザ様疾患と診断され、かつ、重度の異常な行動を示した患者につき、ご報告ください。

インフルエンザ様疾患

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

重度の異常な行動

- 突然走り出す
- 飛び降り
- その他、予期できない行動であって、制止しなければ生命に影響が及ぶ可能性のある行動

※ 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。

※ インフルエンザ定点医療機関とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律により都道府県に指定された、毎週インフルエンザの患者数を保健所に報告する医療機関のことです。

※ この調査において報告をお願いする「患者さんに関する異常な行動に関する情報」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ります。そのため、「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:03-5285-1129 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異常行動データベース fax 送信用紙

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

送信枚数：2枚



医療機関名(必須)	
医師氏名(必須)	
都道府県名(必須)	都・道・府・県
電話番号	
インフルエンザ定点医療機関(必須)	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
報告日	年 月 日
発熱日時(必須)	年 月 日 時頃
異常行動が発現した日時(必須)	年 月 日 時頃
患者の年齢(必須)	歳 カ月(月齢は1歳未満のみ)
患者の性別(必須)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
最高体温	度
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
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
罹患前半年間の予防接種歴(三価)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 不明

処方薬剤名	異常行動前の薬剤服用・使用の有無 (必須)	異常行動前の最後の服用・使用日時
タミフル(リン酸オセルタミビル) 服用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	月 日 時頃
シンメトレル(塩酸アマタジン) 服用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	月 日 時頃
リレンザ(ザナミビル)使用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	月 日 時頃
ラピアクタ(ペラミビル)使用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	月 日 時頃
イナビル(ラニナミビル)使用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	月 日 時頃
アセトアミノフェン使用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	月 日 時頃
テオフィリン使用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	月 日 時頃
その他服用・使用した薬剤名	1.	月 日 時頃
	2.	月 日 時頃
	3.	月 日 時頃
	4.	月 日 時頃
	5.	月 日 時頃
	6.	月 日 時頃
	7.	月 日 時頃

異常行動の分類 (複数回答可) (必須)	<input type="checkbox"/> 突然走り出す <input type="checkbox"/> 飛び降り <input type="checkbox"/> 会話中、突然話が通じなくなる <input type="checkbox"/> おびえ・恐慌状態 <input type="checkbox"/> 無いものが見えると言う <input type="checkbox"/> 激しいわごと・寝言 <input type="checkbox"/> わめく・泣きやまない <input type="checkbox"/> 暴力・興奮状態 <input type="checkbox"/> はねる <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 無意味な動作の繰り返し <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
異常行動と睡眠の関係 (必須)	<input type="checkbox"/> 異常行動は覚醒していて徐々に起こった <input type="checkbox"/> 異常行動は眠りから覚めて直に起こった <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
突然の走り出し、飛び降りなど、 予期できない行動であって、 制止しなければ生命に影響が 及ぶ可能性のある行動があり ましたか (必須)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 具体的に記載してください。特に、突然走り出す、飛び降りの場合には下記のどこから どこへも必ず御記入ください。
突然走り出す・飛び降りの場所	( )から( )へ
既往歴(複数回答可)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ罹患における異常行動 <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など) <input type="checkbox"/> 寝ぼけ(夜驚、夢中遊行) <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
家族の既往歴(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など) <input type="checkbox"/> 寝ぼけ(夜驚、夢中遊行) <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
患者の転帰(必須)	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡 治療中の場合は、具体的に
今回のインフルエンザ罹患の経過中、 複数回の異常行動が発現 しましたか？(必須)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 はいの場合にはいつですか 年      月      日      時頃 *最終ページの解説の図を参照してください。
前回(今シーズンあるいはそれ 以前)のインフルエンザ罹患の 経過中、異常行動が発現しまし ましたか？(必須)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 はいの場合にはいつですか 年      月      日      時頃 *最終ページの解説の図を参照してください。
その他特記すべき事項	

1枚目と2枚目の結合のため、お手数ですが、再度、ご氏名を記入してください

医師氏名

-  今回の異常行動の発現
-  前回の異常行動の発現

