COVID-19 に関する症例報告書

Ver 1.4（2020 年 4 月 23 日作成）

患者識別番号 ※グループ ID は 3 桁または 4 桁の施設の番号です。	グループ ID ＿＿ — 患者番号 ＿＿
医療機関名	
医療機関コード	
都道府県名	
記入者名	
問い合わせ先	E-mail: TEL:
記入日	

NCGM COVID レジストリ研究事務局： registry.covid@hosp.ncgm.go.jp
COVID レジストリ外部研究事務局： ncgm.covid@jp-css.com
紙 CRF の送付先： jcrac-covid19@hosp.ncgm.go.jp

選択基準の確認 *（以下をいずれも満たすもの）*

☐ COVID-19 検査が陽性である　［該当する検査に○：　PCR　　LAMP　　その他（　　）］

☐ 入院治療を行った

入院時基本情報

初診日（年/月/日）：　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日

入院日（年/月/日）：　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日

退院日（年/月/日）：　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日

発症日（年/月/日）：　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　*※気道症状、発熱、咳嗽などの症状の発症日*

観察研究登録日（年/月/日）：　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日

出生時の性別：　☐男性　　☐女性

イニシャル（名姓）：　[____][____]　*※国際太郎の場合は TK*

生年月日（年/月/日）：　[____][____][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日

※生年月日の提供不可の場合は生年月のみ記載してください

発症時の年齢：　[____][____][____]歳

※発症時年齢が乳児（1 歳未満）の場合は下記枠内も記入

発症時の月齢：　[____][____]ヵ月

出生体重：　[____][____][____][____] g　　☐不明

妊娠転帰：　☐正期産（妊娠 37 週以降）　　☐早期産（妊娠 37 週未満）　　☐不明

入院時（発症直前まで）の授乳の有無：　☐あり　☐なし　☐不明

年齢相応の発達の有無：　☐あり　☐なし　☐不明

定期予防接種の接種有無：　☐あり　☐なし　☐不明

※女性の場合は下記枠内も記入

妊娠の有無：　☐あり（在胎週数：[____][____]週）　　☐なし又は該当しない　　☐不明

入院時より過去 2 ヵ月以内の出産 *※死産を含む、流産は含まない*：　☐あり　☐なし又は該当しない

ありの場合：　**出産日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日

妊娠転帰　☐生産　☐死産

国籍：　☐日本人　☐その他_____　　☐不明

人種：　☐日本人　☐その他（以下から選択）_____　　☐不明

＜選択肢＞　1 アラブ人　2 黒人　3 東アジア人（日本人以外）　4 南アジア人　5 西アジア人

6 ラテンアメリカ人　7 白人　8 アボリジニ・ファーストネーションなど原住民　9 その他（欄内に記載）

入院時の喫煙歴：　☐現在（発症直前まで）も喫煙　　☐過去の喫煙　　☐なし　　☐不明

入院時体重：　[___][___][___].[___] kg　　☐不明

身長：　[___][___][___].[___] cm　　☐不明

入院前の他医療機関からの転送：　☐あり（下記も記入）　☐なし

ありの場合：　**他医療機関への入院日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明

転送元の医療機関名：_____

転送元での患者識別番号：_____

発症前 14 日間に以下がありましたか？

COVID-19 患者発生のある地域への旅行：　☐はい　☐いいえ　☐不明

COVID-19 確定例もしくは疑い例との濃厚接触歴*1：　☐はい　☐いいえ　☐不明

COVID-19 患者の診療を行っている医療機関での勤務：　☐はい　☐いいえ　☐不明

はいの場合：　☐患者の診療に直接関わる　☐患者に直接は関わらない

COVID-19 患者の検体を行っている検査機関での勤務：　☐はい　☐いいえ　☐不明

COVID-19 患者発生のあるクルーズ船への乗船：　☐はい　☐いいえ　☐不明

**1：濃厚接触歴の定義*

・医療関連曝露（COVID-19 患者の診療・ケアに関わる医療従事者、COVID-19 陽性患者と同室もしくは訪問、体液やエアロゾルを含む検体などへの曝露）

・COVID-19 患者の近くで勤務もしくは同じ教室などに滞在

・COVID-19 患者と同じ乗り物で旅行

・COVID-19 患者と同居

渡航情報

発症前 14 日間に日本以外の国に渡航しましたか？：　☐はい（以下枠内も記入）　☐いいえ　☐不明

※欄が不足する場合はコピーして添付してください

1	**渡航先国名**_____　**都市名／地域名**_____ **渡航開始日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明 **帰国日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明
2	**渡航先国名**_____　**都市名／地域名**_____ **渡航開始日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明 **帰国日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明
3	**渡航先国名**_____　**都市名／地域名**_____ **渡航開始日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明 **帰国日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明
4	**渡航先国名**_____　**都市名／地域名**_____ **渡航開始日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明 **帰国日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明
5	**渡航先国名**_____　**都市名／地域名**_____ **渡航開始日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明 **帰国日**　[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月 [____][____]日　☐不明

併存疾患（*入院前から認められ、現在も持続しているものを選択*）

- ☐ 心筋梗塞
- ☐ うっ血性心不全
- ☐ 末梢血管疾患（間欠性跛行、バイパス術後、壊疽、未治療の胸腹部大動脈瘤を含む）
- ☐ 脳血管障害（後遺症のほぼない脳血管障害既往や TIA も含む）
- ☐ 片麻痺（対麻痺も含む。脳血管障害に起因していなくても可）
- ☐ 認知症
- ☐ 慢性肺疾患（軽労作で呼吸困難を生じる程度のもの）
- ☐ 気管支喘息（医師の診断に基づく）
- ☐ 軽度肝疾患（門脈圧亢進を伴わない軽度の肝硬変、慢性肝炎）
- ☐ 中等度～高度肝機能障害（門脈圧亢進を伴う肝硬変）
- ☐ 消化性潰瘍
- ☐ 軽度糖尿病（三大合併症なし、食事療法のみは除く）
- ☐ 重症糖尿病（三大合併症のいずれかあり）
- ☐ 肥満（医師の診断に基づく）
- ☐ 中等度～高度腎機能障害（Cre≧3mg/dL、透析中、腎移植後、尿腎症）
- ☐ 入院前の維持血液透析
- ☐ 固形癌（過去 5 年間に明らかな転移なし）
- ☐ 白血病（急性・慢性白血病、真性赤血球増加症を含む）
- ☐ リンパ腫（リンパ肉腫、マクログロブリン血症、骨髄腫含む）
- ☐ 転移性固形癌
- ☐ 膠原病（SLE、多発筋炎、MCTD、PMR、中等度以上の RA など）
- ☐ AIDS（Acquired immunodeficiency syndrome）または HIV 感染症

入院時における下記の免疫抑制状態の有無： ☐あり（以下から選択） ☐なし

- ☐ 好中球減少症（好中球数 <約 500μL）
- ☐ 過去 1 ヵ月以内のステロイド使用（1 日あたり 20mg のプレドニゾロンと同等量以上を 1 ヵ月以上）
- ☐ 過去 3 ヵ月以内の化学療法
- ☐ 過去 3 ヵ月以内の放射線療法
- ☐ 過去 3 ヵ月以内の移植（血液 [auto/allo いずれも含む]、固形臓器）
- ☐ 過去 3 ヵ月以内の生物学的製剤（免疫抑制剤・免疫学的製剤 [TNF 阻害薬、抗 IL-6 受容体抗体、T 細胞選択的共刺激調節薬、抗 CD20 抗体、メトトレキサートなど]）

入院時の徴候・症状（*入院／初診 24 時間以内に一番最初に得られたデータ*）

体温： [___][___].[___] °C **HR：** [___][___][___] bpm **RR：** [___][___] bpm

収縮期血圧： [___][___][___] mmHg **拡張期血圧：** [___][___][___] mmHg

経皮的 O_2 飽和度（SpO_2）： [___][___][___] %

測定条件： ☐室内気吸入下

☐O2 投与下（☐カヌラ ☐マスク ☐リザーバー ☐ハイフロウ）

（[___][___] L/min または FiO_2 [___][___][___] %）

☐人工呼吸管理中（FiO2 [___][___][___]%、PEEP [___][___] mmHg）

胸部レントゲン写真の有無（入院時点より 3 日以内に施行のもの）： ☐あり（以下も記入） ☐なし

☐明らかな異常なし ☐肺炎像あり（浸潤影・間質影含む） ☐肺炎像以外の異常影あり

胸部 CT 写真の有無（入院時点より 3 日以内に施行のもの）： ☐あり（以下も記入） ☐なし

☐明らかな異常なし ☐肺炎像あり（浸潤影・間質影含む） ☐肺炎像以外の異常影あり

入院時の徴候・症状*（入院時もしくは入院前 24 時間以内に観察・報告されたもので、かつ、今回の急性疾患の発症に伴うもの）*							
発熱（37.5 °C 以上）	□あり	□なし	□不明	**筋肉痛**	□あり	□なし	□不明
咳嗽	□あり	□なし	□不明	**関節痛**	□あり	□なし	□不明
湿性	□あり	□なし	□不明	**頭痛**	□あり	□なし	□不明
血痰／喀血	□あり	□なし	□不明	**意識変容／錯乱**	□あり	□なし	□不明
咽頭痛	□あり	□なし	□不明	**疲労感／倦怠感**	□あり	□なし	□不明
鼻汁	□あり	□なし	□不明	**腹痛**	□あり	□なし	□不明
喘鳴 (wheezing)	□あり	□なし	□不明	**嘔吐／悪心**	□あり	□なし	□不明
呼吸困難感	□あり	□なし	□不明	**下痢**	□あり	□なし	□不明
胸痛	□あり	□なし	□不明	**味覚異常**	□あり	□なし	□不明
—				**嗅覚異常**	□あり	□なし	□不明

病原体検査（SARS-CoV-2 以外）*（入院時もしくは入院後 72 時間までに採取されたもの）*

迅速キット検査の実施： ☐あり（下記も記入） ☐なし

インフルエンザ ☐A 陽性 ☐B 陽性
☐陰性 ☐施行なし

RS ウイルス ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

アデノウイルス ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

マイコプラズマ ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

溶連菌 ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

ヒトメタニューモウイルス
☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

尿中抗原検査の実施： ☐あり（下記も記入） ☐なし

肺炎球菌 ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

レジオネラ ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

LAMP 法による検査実施： ☐あり（下記も記入） ☐なし

レジオネラ ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

マイコプラズマ ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

Bordetella pertussis ☐陽性 ☐陰性 ☐施行なし

一般細菌・真菌・その他検査：☐あり（下記も記入） ☐なし

その他検査結果： ☐陽性 ☐陰性 ☐該当しない

検出された細菌・真菌等：_____

_____

検査レポートがある場合は添付

フィルムアレイ検査の実施：

☐あり（下記も記入） ☐なし

検査結果： ☐陽性 ☐陰性 ☐該当しない

検出された病原体：

- ☐ Influenza A
- ☐ Influenza A/H1
- ☐ Influenza A/H3
- ☐ Influenza A/H1-2009
- ☐ Parainfluenza Virus 1
- ☐ Parainfluenza Virus 2
- ☐ Parainfluenza Virus 3
- ☐ Parainfluenza Virus 4
- ☐ Adenovirus
- ☐ Respiratory Syncytial Virus
- ☐ Human Rhinovirus
- ☐ Human Enterovirus
- ☐ Coronavirus HKU1
- ☐ Coronavirus 229E
- ☐ Coronavirus NL63
- ☐ Coronavirus OC43
- ☐ Human Metapneumovirus
- ☐ Bordetella pertussis
- ☐ Chlamydophila pneumoniae
- ☐ Mycoplasma pneumoniae

合併症：入院中に合併症はありましたか？

COVID-19 以外のウイルス性肺炎			□あり □なし □不明				
細菌性肺炎 (HAP/VAP 含む)			□あり □なし □不明				
MRSA 肺炎			□あり □なし □不明				
緑膿菌肺炎			□あり □なし □不明				
2 剤以上耐性緑膿菌肺炎			□あり □なし □不明				
ARDS			□あり □なし				
ARDS の程度*2			□mild □moderate □severe				
気胸	□あり	□なし	□不明	**心内膜炎・心筋炎・心膜炎**	□あり	□なし	□不明
胸水	□あり	□なし	□不明	**心室頻拍・心室細動**	□あり	□なし	□不明
髄膜炎・脳炎	□あり	□なし	□不明	**心筋虚血**	□あり	□なし	□不明
痙攣	□あり	□なし	□不明	**菌血症**	□あり	□なし	□不明
脳梗塞・脳出血	□あり	□なし	□不明	**消化管出血**	□あり	□なし	□不明
—				**C. difficile 感染症**	□あり	□なし	□不明

***2: ARDS の分類（ベルリン定義）**

	Mild ARDS	Moderate ARDS	Severe ARDS
経過	既知の危険因子の侵襲もしくは 呼吸状態の増悪または新たな出現から 1 週間以内		
酸素化	PaO_2/FiO_2: 201～300 mmHg with PEEP/CPAP ≥5 cm H_2O	PaO_2/FiO_2: 101～200 mmHg with PEEP/CPAP ≥5 cm H_2O	PaO_2/FiO_2: ≤100 mmHg with PEEP/CPAP ≥10 cm H_2O
肺水腫	心不全や輸液過多で説明がつかない呼吸不全 危険因子が判然としない場合は客観的評価（心エコーなど） によって静水圧肺水腫の否定が必要		
胸部 X 線	両側肺浸潤影：胸水、無気肺、結節などで説明がつかないもの		

COVID-19 検査

入院初日を Day 1 として入院継続中は可能な限り Day 4, Day 8, Day 15, Day 22, Day 29 を追従するが、施設での施行のタイミングで可（陰性化確認もしくは退院したら終了）

書ききれない場合はコピーして使用。検査データのコピーの添付も可。

検体の種類：　以下から選択して番号を記入

①鼻腔ぬぐい液　②咽頭ぬぐい液　③喀痰　④気管支肺胞洗浄液 (BAL)

⑤気管内吸引液 (ETA)　⑥糞便／直腸ぬぐい液　⑦尿　⑧血液

検体採取日 *（年/月/日）*	検体の種類 *（上記番号から選択）*	方法	結果
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL

薬剤：　入院中又は退院時に以下のいずれかが投与されましたか？

抗 SARS-CoV-2 薬の投与：　☐はい（下記も記入）　　☐いいえ

☐ファビピラビル

用法・用量：　☐Day1：3,600mg (1,800mg BID)　+　Day2 以降：1,600mg (800mg BID)

☐その他：(用量_____mg/日、用法　☐QD ☐BID ☐TID ☐その他_____)

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

☐ロピナビル・リトナビル (LPV/r)

用法・用量：　☐400mg/100mg 経口 12 時間おき

☐その他：(用量_____mg/日、用法　☐QD ☐BID ☐TID ☐その他_____)

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

☐インターフェロン

製剤：　☐インターフェロンα　☐ペグインターフェロンα-2a　☐ペグインターフェロンα-2b

☐インターフェロンβ　☐インターフェロンβ-1a　☐インターフェロンβ-1b

☐インターフェロンγ-1a　☐その他_____

用量（/回）：　_____　（単位：　☐μg　☐IU）

用法（頻度）：☐連日投与　☐隔日投与　☐週 1 回　☐その他_____

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

☐ノイラミニダーゼ阻害薬

製剤：　☐オセルタミビル　☐ザナミビル　☐ペラミビル　☐ラニナミビル　☐その他_____

用法・用量：　_____ mg/日、　☐QD　☐BID　☐TID　☐その他_____

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

☐レムデシビル

用量：　☐初日 200mg QD、以降 100mg QD

☐その他：(用量_____mg/日、用法　☐QD ☐BID ☐TID ☐その他_____)

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

☐シクレソニド

用法・用量：　_____μg/日、用法　☐QD　☐BID　☐TID　☐その他_____

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

☐ヒドロキシクロロキン

用量：　☐400mg QD

☐その他：(用量_____mg/日、用法　☐QD ☐BID ☐TID ☐その他_____)

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

☐その他の抗ウイルス薬

一般名：　_____

用法：用量：　_____mg/日／用法　☐QD　☐BID　☐TID　☐その他_____

投与期間：　[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日～[_2_][_0_][___][___]年[___][___]月[___][___]日

（次ページに続く）

書ききれない場合は以下に記入してください

抗菌薬： □はい　□いいえ　　**抗真菌薬：** □はい　□いいえ

ステロイド薬（シクレソニドを除く）： □はい　□いいえ　（はいの場合：　□経口　□静注　□吸入）

入院経過 *※複数日報告する場合はコピーして使用*

入院初日を Day 1 として入院継続中は可能な限り Day 4, Day 8, Day 15, Day 22, Day 29 まで記載（退院まで）

入院日： Day4　Day8　Day15　Day22　Day29　*※全て±1 日許容、該当するものを○*

実施（評価）日： [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

死亡： □あり　□なし

陰性確認待ちのみのための入院（医療上の必要性なし）： □はい　□いいえ

胸部レントゲン写真の有無（評価日より 3 日以内に施行のもの）： □あり（以下も記入）　□なし

□明らかな異常なし　□肺炎像あり（浸潤影・間質影含む）　□肺炎像以外の異常影あり

胸部 CT 写真の有無（評価日より 3 日以内に施行のもの）： □あり（以下も記入）　□なし

□明らかな異常なし　□肺炎像あり（浸潤影・間質影含む）　□肺炎像以外の異常影あり

24 時間以内の最高体温： [____][____].[____] °C

◆以下は朝 8 時時点での状況を記載 *（臨床的に外れ値と考えられる場合（吸引直後など）はそれ以外で朝 8 時に一番近いものを記載）*

HR： [___][___][___] bpm　**RR：** [___][___] bpm

収縮期血圧： [___][___][___] mmHg　**拡張期血圧：** [___][___][___] mmHg

Glasgow Coma Score (GCS/15)：[____][____] *※鎮静挿管されている場合は、鎮静がない場合に推測される意識状態*

経皮的 O_2 飽和度（SpO_2）： [___][___][___] %

測定条件：

□室内気吸入下

□O_2 投与下（□カヌラ　□マスク　□リザーバー　□ハイフロウ）

（[___][___] L/min　または　FiO_2 [___][___][___] %）

□人工呼吸管理中（FiO_2 [___][___][___]%、PEEP [___][___] mmHg）

上記 FiO_2 の条件下での動脈血液ガス分析の有無：　□あり　□なし

ありの場合：SaO_2 [____][____][____]%

PaO_2 _____mmHg　PCO_2 _____ mmHg

pH _____　HCO_3^- _____ mEq/L

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) _____

尿量 [____][____][____][____][____] mL/24 hours

非侵襲的な酸素投与： □はい（下記も記入）　□いいえ

投与方法：　□カヌラ　□マスク　□リザーバー　□ハイフロウ　□BIPAP/CPAP　□その他_____

侵襲的機械換気（種類を問わず）： □はい　□いいえ

体外式膜型人工肺（ECMO）： □はい（種類：□VV　□VA）　□いいえ

腎代替療法（RRT）又は透析： □はい　□いいえ

強心薬／血管収縮薬： □はい（下記も記入）　□いいえ

・ﾄﾞｰﾊﾟﾐﾝ <5μg/kg/min もしくは ﾄﾞﾌﾞﾀﾐﾝ：　□はい　□いいえ

・ﾄﾞｰﾊﾟﾐﾝ 5-15 μg/kg/min もしくは ｴﾋﾟﾈﾌﾘﾝ・ﾉﾙｴﾋﾟﾈﾌﾘﾝ < 0.1 μg/kg/min もしくは ﾊﾞｿﾌﾟﾚｼﾝ：　□はい　□いいえ

・ﾄﾞｰﾊﾟﾐﾝ >15μg/k/min もしくは ｴﾋﾟﾈﾌﾘﾝ・ﾉﾙｴﾋﾟﾈﾌﾘﾝ > 0.1μg/kg/min：　□はい　□いいえ

筋弛緩剤： □はい　□いいえ　**一酸化窒素吸入療法：** □はい　□いいえ

気管切開： □はい　□いいえ　**腹臥位療法：** □はい　□いいえ

退院時転帰

転帰： □退院（帰宅） □退院（転院） □死亡

死亡の場合： 死亡日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

転院の場合： 転院先病院名_____

転院先での患者識別番号：_____

胸部レントゲン写真の有無（退院の 1 週間以内で退院日に最も近いもの）： □あり（以下も記入） □なし

□明らかな異常なし □肺炎像あり（浸潤影・間質影含む） □肺炎像以外の異常影あり

胸部 CT 写真の有無（退院の 1 週間以内で退院日に最も近いもの）： □あり（以下も記入） □なし

□明らかな異常なし □肺炎像あり（浸潤影・間質影含む） □肺炎像以外の異常影あり

退院前 24 時間以内の最高体温： [____][____].[____] °C

退院時の気管切開： □あり □なし

発症前と比較した退院時のセルフケア能力： □発症前と同じ □低下 □改善 □不明

退院時の治療： **酸素投与** □あり □なし **腎代替療法(RRT)又は透析** □あり □なし

入院時の治療 *（入院期間中に一度でも以下の治療がされたか否か）*

ICU（もしくは ICU と同様の集中治療が可能な病床）への入室： □はい □いいえ

はいの場合： 入室日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

退室日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

再入室の有無： □あり □なし

ありの場合： 再入室日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

再退室日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

酸素投与： □はい □いいえ

ハイフロウネーザルカヌラ： □はい □いいえ

非侵襲的機械換気（例：BIPAP, CPAP）： □はい □いいえ

侵襲的機械換気（種類を問わず）： □はい □いいえ

はいの場合： 開始日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

終了日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

再挿管の有無： □あり □いいえ

ありの場合： 再挿管日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

再抜管日 [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

腹臥位療法： □はい □いいえ **一酸化窒素吸入療法：** □はい □いいえ

気管切開： □はい □いいえ

体外式模型人工肺(ECMO)： □はい □いいえ **腎代替療法(RRT)又は透析：** □はい □いいえ

強心薬／血管収縮薬： □はい □いいえ

プラズマフェレーシス／血漿交換： □はい □いいえ

はいの場合： **直接血液灌流療法（PMX-DHP）：** □はい □いいえ

輸血又は血液製剤： □はい □いいえ **静注免疫グロブリン：** □はい □いいえ

抗ウイルス薬有害事象

COVID-19 に対して抗 SARS-CoV-2 薬として用いた薬剤投与後に有害事象（臨床検査値の異常を含む好ましくない徴候）が認められた場合、以下について記載する。（複数発現がある場合はコピーして使用）

投与した抗ウイルス薬名		
薬剤開始日	[_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日	
有害事象名		
事象発現日	[_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日	
程度（グレード） *該当する番号を〇*	1　軽度：治療を要さない、または症状がない画像所見異常や検査値異常	
	2　中等度：最低限の治療、局所治療、または非侵襲的治療を要する	
	3　重度：入院や侵襲的処置、IVR（血管内治療）、輸血、治療的内視鏡、または手術等を要する顕著な症状	
処置	□なし　□中断　□中止　□減量　□その他_____ 中止の場合：　中止日　[_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日	
投与した抗ウイルス薬との関連性判定 *該当するものを〇*	関連性なし	有害事象発現と試験薬投与との間に時間的関係から因果関係がありそうにないと考えられる場合や、他の薬剤や合併症・基礎疾患等により説明できる場合
	関連を否定できない	有害事象発現と試験薬 投与との間に時間的に妥当な相関関係があるが、以下のいずれかに該当する場合 ・要因として、他の薬剤や合併症・基礎疾患等による説明もできる場合 ・投与中止に関する情報が不明確な場合
	関連あり	有害事象発現と 試験薬 投与との間に時間的に妥当な相関関係がある場合や、以下に該当する場合 ・再投与により再発または投与中止により事象が消失または軽快を示す場合 ・合併症・基礎疾患や他の薬剤では説明ができない、またはそれらによる可能性が考えにくい場合
転帰 *該当するものを〇*	回復	症状の消失、検査値正常化あるいは投与前値への回復が認められた場合
	軽快	程度が軽減した場合、あるいは症状に改善傾向が認められた場合
	未回復	症状や検査値に変化がない場合、症状や検査値の増悪がある場合
	後遺症あり	回復したが、機能障害などが残った場合
	死亡	死亡した場合
	追跡不能	回復または軽快することなく追跡不能となった場合
重篤な有害事象への概要の有無 *右記１～６のいずれかに該当した場合*	□あり □なし	１）死に至るもの ２）生命を脅かすもの ３）永続的または顕著な障害・機能不全に陥るもの ４）先天異常を来すもの ５）治療のため入院または入院期間の延長が必要となるもの ６）その他の医学的に重要な状態と判断される事象または反応

※重篤な有害事象が発生した場合、担当医は直ちに研究機関の長に報告を行う

入院中検査所見項目 *（複数日の報告をする場合はコピーして使用）*

入院初日を Day 1 として入院継続中は可能な限り Day 4, Day 8, Day 15, Day 22, Day 29 まで記載（退院まで）

※検査レポートがある場合は添付

入院日： Day1　Day4　Day8　Day15　Day22　Day29　*※全て±1 日許容、該当するものを○*

検査日： [_2_][_0_][____][____]年[____][____]月[____][____]日

ヘモグロビン	_____	g/dL	ビリルビン	_____	mg/dL
ヘマトクリット	_____	%	CRP	_____	mg/L
WBC	_____	×10^3/μL	プロカルシトニン	_____	ng/mL
リンパ球	_____	%	グルコース	_____	mg/dL
血小板	_____	×10^3/μL	赤沈	_____	mm/h
APTT	_____	sec	BUN	_____	mg/dL
PT-INR	_____		クレアチニン	_____	mg/dL
Fibrinogen	_____	mg/dL	LDH	_____	U/L
FDP	_____	μg/mL	クレアチンキナーゼ	_____	U/L
D-dimer	_____	ng/mL	乳酸	_____	
アルブミン	_____	g/dL		単位	☐mmol/L　☐mg/dL
AST/GOT	_____	U/L	ナトリウム	_____	mEq/L
ALT/GPT	_____	U/L	カリウム	_____	mEq/L
			尿中βミクログロブリン	_____	μg/L

予備記入欄

以下のページは症例報告書又は詳細情報に設けられている記入欄に入りきらない情報を記録するために使用

COVID-19 検査 ***(症例報告書に収まらなかった検査の詳細情報を追加してください)***

検体の種類：　以下から選択して番号を記入

①鼻腔ぬぐい液　②咽頭ぬぐい液　③喀痰　④気管支肺胞洗浄液 (BAL)

⑤気管内吸引液 (ETA)　⑥糞便／直腸ぬぐい液　⑦尿　⑧血液

検体採取日 *(年/月/日)*	検体の種類 *(上記番号から選択)*	方法	結果
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL
[_2_][_0_][____][____]年 [____][____]月[____][____]日	[ ] その他 _____	☐PCR　☐LAMP ☐その他_____	☐陽性　☐陰性 Ct 値_____ ｳｲﾙｽ量_____Copy/μL