

急性中毒症例 web 登録システム 症例登録マニュアル

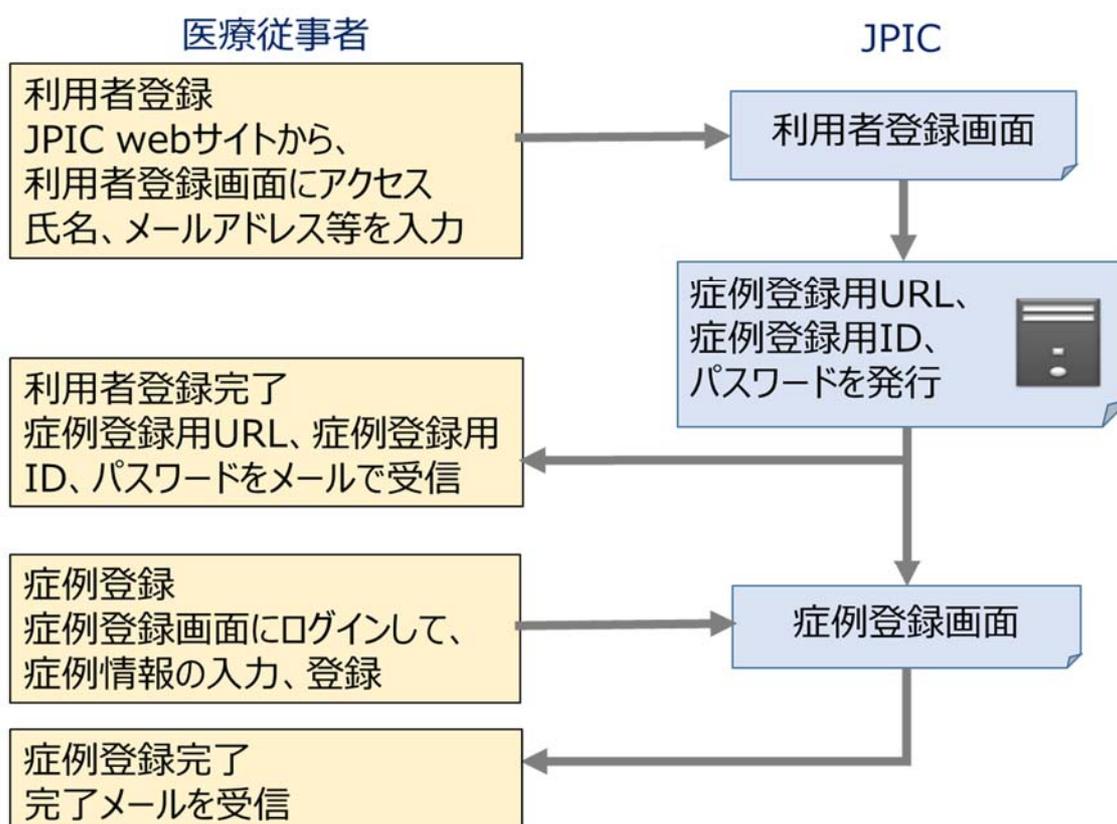
公益財団法人日本中毒情報センター（JPIC）の急性中毒症例 web 登録システムでは、JPIC web サイトから急性中毒の症例情報をご登録いただけます

JPIC 中毒 110 番へ電話でお問い合わせ頂きました症例、それ以外の症例、いずれも登録可能です。ぜひ症例情報のご登録をお願いいたします。

【JPIC 急性中毒症例 web 登録システムの流れ】

はじめに利用者登録を行って、症例登録用 URL や症例登録用 ID などを入手します。その後、症例登録画面にログインして症例情報の入力、登録を行います。

詳細な手順については、【登録方法】をご参照ください。



【登録方法】

1. 利用者登録

1) 新規利用者登録画面

JPIC web サイトから、新規利用者登録画面にアクセスします。

2) 利用者情報入力

公益財団法人日本中毒情報センター 急性中毒症例web登録システム

新規利用者登録

利用者情報	
勤務先施設名	<input type="text"/>
診療科・部署	<input type="text"/>
職種	<input type="text" value="選択してください"/>
お名前	<input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/>

(登録いただいたメールアドレスに「報告用URL、ID、パスワード」をお送りします。)

[確認画面へ](#)

勤務先施設名、診療科・部署、職種（プルダウンで選択）、氏名、メールアドレスを入力し、

[確認画面へ](#) をクリックしてください。

3) 新規利用者登録確認

新規利用者登録確認画面が表示されますので、入力内容を確認します。

公益財団法人日本中毒情報センター 急性中毒症例web登録システム

新規利用者登録確認画面

利用者情報	
勤務先施設名	公益財団法人日本中毒情報センター
診療科・部署	
職種	
お名前	氏名
メールアドレス	poisoncase@j-poison-ic.or.jp

[前の画面に戻って修正する](#)

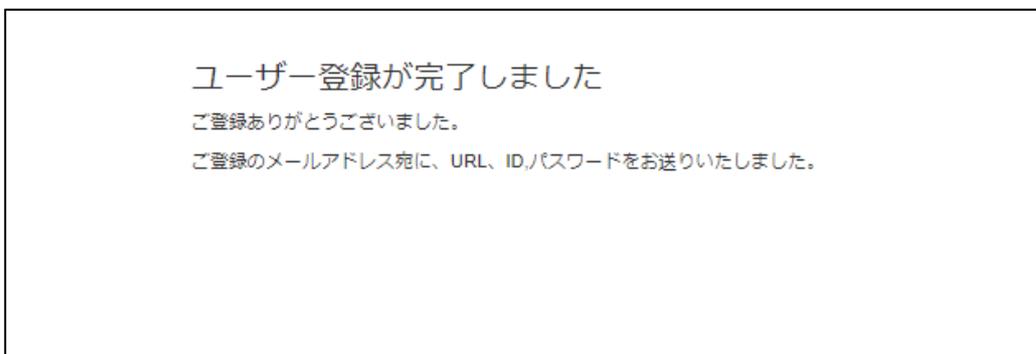
[この内容で登録する](#)

修正する場合は [前の画面に戻って修正する](#) をクリックして前の画面に戻り、修正してください。

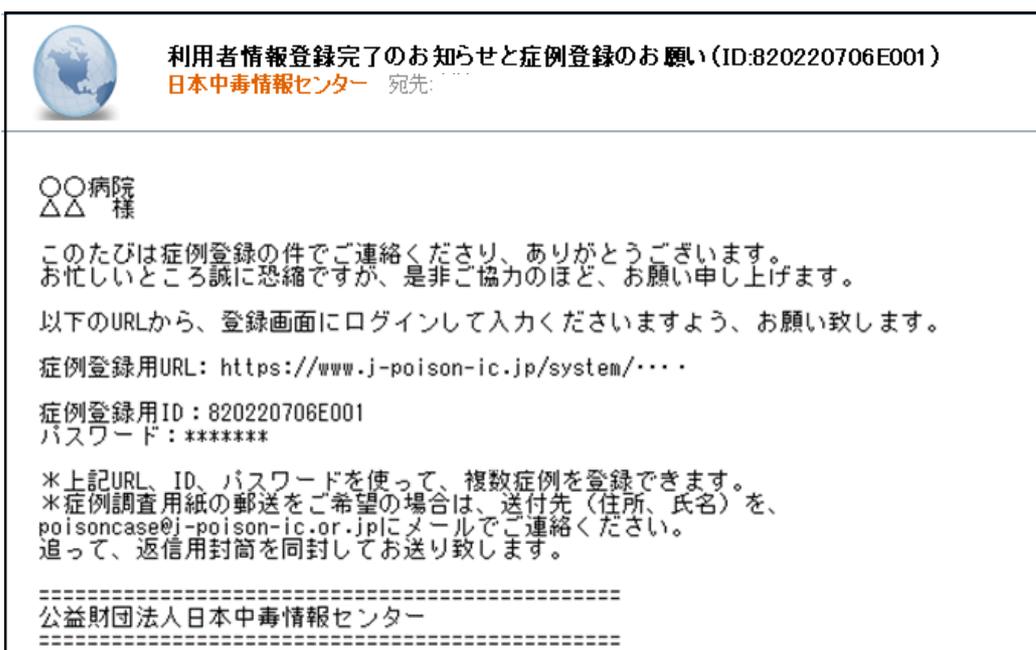
修正がなければ [この内容で登録する](#) をクリックし、情報を送信してください。

4) ユーザー登録完了案内

登録が完了すれば、画面に「ユーザー登録が完了しました」と表示されます。



また、入力したメールアドレス宛に、症例登録用 URL、症例登録用 ID、パスワードを記載したメールが送信されます。



*メールは即時送信されますが、もし受信できない場合は JPIC 症例収集担当 (poisoncase@j-poison-ic.or.jp) までご連絡ください。追ってご連絡いたします。

2. 急性中毒症例 web 登録システムへのログイン

1) メールに記載された症例登録用 URL へアクセス

以下のURLから、登録画面にログインして入力くださいますよう、お願い致します。

症例登録用URL: <https://www.j-poison-ic.jp/system/...>

症例登録用ID: 820220706E001

パスワード: *****

2) ログイン画面の表示

急性中毒症例 web 登録システムログインの画面が表示されます。

急性中毒症例web登録システム ログイン

■急性中毒症例web登録システムログイン

症例登録用ID XXXXXXXX

パスワード パスワード

ログイン

症例登録用 ID とパスワードを入力して、 [ログイン](#) ボタンをクリックしてください。

3) 症例登録一覧の表示

ログインに成功すると、該当する症例登録用 ID の登録症例一覧画面が開きます。

ログアウト

公益財団法人日本中毒情報センター 急性中毒症例web登録システム

ID:820220620E001 公益財団法人日本中毒情報センター 飯田薫 様

[このIDで新規登録する](#) (同じIDで、複数症例を登録することができます)

ステータスについて

仮登録中 :編集をクリックすると入力画面に戻り、編集・修正できます。

登録完了 :Web上では編集・修正できません。

必要な場合は管理者(poisoncase@j-poison-ic.or.jp)までご連絡をお願いします。

ID:820220620E001 登録症例一覧 (登録が新しい順に表示されます)

Report No	ステータス	発生年月日	受診年月日	商品名	患者年齢	操作
2	登録完了	2022/06/10	2022/06/10	殺虫剤	30	詳細表示
1	仮登録中	2022/06/01		クレヨン	0	編集 削除

< 前 次 >

Page 1 of 1, showing 2 record(s) out of 2 total

この画面では、症例情報の新規入力、仮登録中の症例情報の編集・削除、登録完了した症例情報の内容を確認することができます。

・初回、新規入力する場合

[このIDで新規登録する](#) のボタンをクリックしてください。

症例情報を入力する新規登録フォームの画面が開きます。

● 該当する症例登録用 ID を用いて作業を行ったあとの登録症例一覧画面

ログアウト

公益財団法人日本中毒情報センター 急性中毒症例web登録システム

ID:820220620E001 公益財団法人日本中毒情報センター 飯田薫 様

[このIDで新規登録する](#) (同じIDで、複数症例を登録することができます)

ステータスについて

- 仮登録中** : 編集をクリックすると入力画面に戻り、編集・修正できます。
- 登録完了** : Web上では編集・修正できません。

必要な場合は管理者(poisoncase@j-poison-ic.or.jp)までご連絡をお願いします。

ID:820220620E001 登録症例一覧 (登録が新しい順に表示されます)

Report No	ステータス	発症年月日	受診年月日	商品名	患者年齢	操作
2	登録完了	2022/06/10	2022/06/10	殺虫剤	30	詳細表示
1	仮登録中	2022/06/01		クレヨン	0	編集 削除

< 前 次 >

Page 1 of 1, showing 2 record(s) out of 2 total

・新規入力する場合

[このIDで新規登録する](#) のボタンをクリックしてください。

症例情報を入力する新規登録フォームの画面が開きます。

・仮登録中の症例情報を編集する場合

該当する Report No の操作欄 [編集](#) の ボタンをクリックしてください。

症例情報を編集、修正する画面が開きます。

・仮登録中の症例情報を削除する場合

該当する Report No の操作欄 [削除](#) の ボタンをクリックしてください。

「本当に削除してよろしいですか」と再度メッセージが表示されますので、削除する場合は『OK』、削除しない場合は『キャンセル』を選択してください。なお、**削除した Report No は欠番**となります。

・登録完了した症例情報の内容を確認する場合

該当する Report No の操作欄 [詳細表示](#) の ボタンをクリックしてください。

登録した症例情報の詳細が表示されます。

* ログインして 60 分後にログアウトされますので、ID とパスワードを再度入力してください。離席する際は必須項目を入力し、データの仮登録をお願いいたします。

3. 症例情報の入力、修正

・入力内容および添付の資料類は、患者様個人が特定されないよう、ご配慮をお願いいたします。

・ログインして 60 分後にログアウトされますので、ID とパスワードを再度入力してください。離席する際は必須項目を入力し、データの仮登録をお願いいたします。

急性中毒症例web登録システム

次の確認画面で、「仮登録」が選択可能です。仮登録したデータは後で編集・修正できます。入力途中で席をはずす場合などにご利用ください。
新規登録フォーム

各項目にテキスト入力、もしくはプルダウンで選択入力してください。必須は必須項目です。

基本情報	
施設名 <small>必須</small>	<input type="text" value="公益財団法人日本中毒情報センター"/> <small>255文字以内</small>
診療科・部署	<input type="text"/> <small>50文字以内</small>
職種 <small>必須</small>	<input type="text" value="選択してください"/> ▼
記入者名 <small>必須</small>	<input type="text" value="飯田 薫"/> <small>20文字以内</small>
連絡先TEL <small>必須</small>	<input type="text"/> <small>32文字以内</small>
メールアドレス <small>必須</small>	<input type="text"/> <small>255文字以内</small>
中毒110番への問合せ <small>必須</small>	<input type="text" value="選択してくださ"/> ▼ <small>有りの場合 ※受付ID、問合せした年月日など 50文字以内</small> <input type="text"/>

・新規登録フォーム画面の各項目をテキスト・数値入力またはプルダウンで選択入力してください。入力する項目は、本マニュアル最後の急性中毒症例調査用紙（基本）と同じです。資料（検査値データ等）は 5 件までファイルで添付できます。

・必須項目（**必須**）は、入力しないと *** 必須項目です** とエラーメッセージが表示されます。また、テキスト入力で文字数を超えた場合は確認画面でエラーメッセージが表示されます。

・次の入力項目に移る際は Tab キーを使用してください。Enter キーを使用すると登録内容確認画面に遷移しますので、その場合は のボタンをクリックしてください。入力画面に戻ります。

【基本情報（登録者情報）】

基本情報	
施設名 必須	<input type="text" value="公益財団法人日本中毒情報センター"/> <small>255文字以内</small>
診療科・部署	<input type="text"/> <small>50文字以内</small>
職種 必須	<input type="text" value="選択してください"/> ▼
記入者名 必須	<input type="text" value="飯田 薫"/> <small>20文字以内</small>
連絡先TEL 必須	<input type="text"/> <small>32文字以内</small>
メールアドレス 必須	<input type="text"/> <small>255文字以内</small>
中毒110番への問合せ 必須	<input type="text" value="選択してください"/> ▼ <small>有りの場合 ※受付ID、問合せした年月日など 50文字以内</small> <input type="text"/>

・施設名 **必須**

施設名を入力してください。出向先や外勤先の場合は、その旨分かるように記載してください。

・診療科・部署

病院の診療科や部署がある場合は入力してください。

・職種 **必須**

該当する項目（医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、看護師、その他）をプルダウンで選択してください。

・記入者名 **必須**

フルネームを、漢字表記等で全角で入力してください。

・連絡先 TEL **必須**

施設の電話番号等、確認可能な電話番号を半角数字で入力してください。

・メールアドレス **必須**

メールアドレスを入力してください。症例登録完了時にメールでお知らせするほか、内容に関してお尋ねのご連絡をすることがございます。

・中毒 110 番への問合せ **必須**

登録症例について、中毒 110 番へ電話による問合せをした場合は「有り」、していない場合は「無し」を選択してください。

有りの場合は、問合せした年月日時刻や、中毒 110 番からお送りした FAX 用紙記載の受付 ID 等をわかる範囲で入力してください。

【患者情報】

患者情報	
年齢 <small>必須(月齢は任意)</small>	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月
性別 <small>必須</small>	<input type="text" value="選択してください"/> ▼
体重	<input type="text"/> kg
職業	<input type="text"/> <small>255文字以内</small>
動物の場合 動物種	<input type="text"/> <small>255文字以内</small>
既往歴の有無	<input type="text" value="選択してください"/> ▼ 有りの場合 <small>255文字以内</small> <input type="text"/>

・年齢 必須(月齢は任意)

年齢、月齢を数値で入力してください。

月齢は任意ですが、3歳未満の場合はなるべく入力してください。

・性別 必須

該当する項目（男性、女性、動物、不明）をプルダウンで選択してください。

動物の場合は「動物」を選択してください。

・体重

数値で入力してください。

・職業

仕事場や労災による事故などの場合は、可能な範囲で入力してください。

・動物の場合 動物種

動物の種類（イヌ、ネコ、ハムスター、ウサギなど）をテキスト入力してください。

・既往症の有無

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、有りの場合は既往症の内容を入力してください。

【中毒原因物質、発生年月日、発生状況、現病歴】

中毒原因物質	
商品名（物質名）・会社名 <small>必須</small>	※できる限り具体的な商品名・会社名等をお書きください。商品名が不明な場合は、一般名や用途でもかまいません。 商品名・物質名・会社名 <small>255文字以内</small> <input type="text"/> 量（単位もあわせて） <small>255文字以内</small> <input type="text"/>
経路 <small>必須</small>	選択してください <input type="text"/> その他、経路が複数の場合 <small>255文字以内</small> <input type="text"/>
発生年月日	年月日 <input type="text" value="yyyy/mm/dd"/> 時刻（24時間表記） <input type="text" value="選択してください"/> 時 <input type="text" value="選択してください"/> 分 発生年月日の確かさ <input type="text" value="選択してください"/> 具体的に <small>255文字以内</small> <input type="text"/>
発生場所	選択してください <input type="text"/> 具体的に <small>255文字以内</small> <input type="text"/>
状況	選択してください <input type="text"/> 具体的に <small>255文字以内</small> <input type="text"/>
現病歴／曝露状況	現病歴／曝露状況 <input type="text"/>

・商品名・物質名・会社名 必須

具体的な商品名や会社名（メーカー名等）を入力してください。

* 商品名不明の場合は一般名や用途を入力してください。例：加熱式たばこ、洗濯用液体洗剤

* 商品名が複数の場合は、+ でつなげて入力してください。例：塩素系漂白剤＋カビ取り剤

・量（単位もあわせて） 必須

経口の場合は摂取量、吸入の場合は曝露した時間、経皮や咬刺傷は曝露した部位や箇所などを入力してください。例：1錠、100mL、30分程度、右腕1か所

・経路 必須

該当する経路（経口、吸入、経皮、眼、耳、咬傷、刺傷、注射、粘膜、胎盤、全身曝露、その

他、不明) をプルダウンで選択し、「その他」および「経路が複数」の場合はテキスト入力してください。

・発生日年月日

発生日年月日はカレンダーから選択、または yyyy/mm/dd で入力、

時刻は時、分（時：0～23、分：0～59）をそれぞれプルダウンで選択してください。

・発生日年月日の確かさ

入力した発生日年月日や時刻についての確かさについて、該当する項目（確定、推定、発見時刻、不明）をプルダウンで選択してください。

* 日時の選択が難しい場合は、「**具体的に**」の欄にテキスト入力してください。例「13～15 時の間」

・発生場所

該当する場所（居住内、仕事場、医療施設、高齢者施設、学校・幼稚園・保育所、屋内の公共スペース、車内、屋外、不明）をプルダウンで選択してください。

場所の詳細については「**具体的に**」の欄に入力してください。

・状況

該当する状況（不慮：労災、医療上の事故、その他の誤使用、その他の不慮の事故、不明、故意：自殺企図・自傷行為、医療上の事故、その他の誤使用、乱用、悪意による事故、不明、その他、不明）をプルダウンで選択してください。状況の分類は表をご参照ください。

状況の分類

不慮	労災	職場における業務上の作業中の事故の場合
	医療上の事故	医療従事者または一般の人が治療目的で投与した結果発生した場合（医薬品の量や投与経路誤り、誤った人への誤投与等）
	その他の誤使用	故意ではないが、判断能力のある人が誤使用した場合（使用法をよく読んでいない、飲食物容器を流用した等）
	その他の不慮の事故	上記以外で不慮と判っている場合（小児や認知症の高齢者等の誤飲事故等）
	不明	不慮と判っているが、状況が不明の場合
故意	自殺企図・自傷行為	自殺・自傷行為を目的とした場合（死ぬ意志がない場合も含む）
	医療上の事故	精神的効果を得る以外の目的で、薬効を期待して過量に使用した場合
	その他の誤使用	精神的効果を得る以外の目的で、故意に誤使用した場合
	乱用	精神的効果を得る目的で、故意に誤使用した場合
	悪意による事故	他人から悪意をもって使用された場合や、危害を加えられた場合
	不明	故意と判っているが、状況が不明の場合
不明		不慮か故意かを含め、状況が不明の場合

・現病歴／曝露状況

現病歴、曝露状況を、できる限り具体的、かつ詳細に、テキスト入力してください。

【受診の有無】

受診の有無	
受診の有無 必須	選択してください ▼
診察時刻 年月日 yyyy/mm/dd	時刻 (24時間表記) 選択してください ▼ 時 選択してください ▼ 分

・受診の有無 **必須**

受診なかった場合（電話相談のみなど）は「無し」、受診した場合は「有り」をプルダウンで選択してください。

診察時刻は、年月日をカレンダーから選択、または yyyy/mm/dd で入力、

時刻は時、分（時：0～23、分：0～59）をそれぞれプルダウンで選択してください。

【症状の有無】

症状の有無	
来院前（主訴）	選択してください ▼ 具体的に <input type="text"/>
来院時（初診時所見）	選択してください ▼ 具体的に <input type="text"/>
初診時	体温 <input type="text"/> °C 血圧 <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg 脈拍 <input type="text"/> /分 呼吸数 <input type="text"/> /分 意識レベルGCS= E <input type="text"/> V <input type="text"/> M <input type="text"/>
来院後（経過中症状）	選択してください ▼ 具体的に <input type="text"/>

・来院前（主訴）

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、

有りの場合、症状の詳細を「具体的に」の欄にテキスト入力してください。

・来院時（初診時所見）

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、

有りの場合、症状の詳細を「具体的に」の欄にテキスト入力してください。

・初診時バイタルサイン

体温、血圧、脈拍、呼吸数、意識レベル（GCS）について、数値で入力してください。

・来院後（経過中症状）

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、

有りの場合、症状の詳細を「**具体的に**」の欄にテキスト入力してください。

【処置の有無】

処置の有無	
来院前	<p>選択してください ▼</p> <p>具体的に</p> <input type="text"/>
来院後	<p>選択してください ▼</p> <p>具体的に</p> <input type="text"/>

・来院前

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、

有りの場合、処置の詳細を「**具体的に**」の欄にテキスト入力してください。

・来院後

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、

有りの場合、処置の詳細を「**具体的に**」の欄にテキスト入力してください。

【診断、入院期間、外来通院機関、転院】

診断	
診断	<input type="text"/>
症状との因果関係	<p>選択してください <input type="button" value="▼"/></p> <p>具体的に <input type="button" value="255文字以内"/></p> <input type="text"/>
入院有無	<p>選択してください <input type="button" value="▼"/></p> <p>有りの場合 年月日 <input type="text" value="yyyy/mm/dd"/> ~ 年月日 <input type="text" value="yyyy/mm/dd"/></p>
外来通院有無	<p>選択してください <input type="button" value="▼"/></p> <p>有りの場合 年月日 <input type="text" value="yyyy/mm/dd"/> ~ 年月日 <input type="text" value="yyyy/mm/dd"/> ※退院後フォローも含む</p>
転院有無	<p>選択してください <input type="button" value="▼"/></p> <p>有りの場合転院目的 <input type="button" value="選択してください ▼"/></p> <p>具体的に <input type="button" value="255文字以内"/></p> <input type="text"/>
	<p>病院名 <input type="button" value="255文字以内"/></p> <input type="text"/>
	<p>担当部署・診療科 <input type="button" value="50文字以内"/></p> <input type="text"/>
	<p>担当医師名 <input type="button" value="40文字以内"/></p> <input type="text"/>
	<p>電話番号 <input type="button" value="32文字以内"/></p> <input type="text"/>

・診断

診断内容について、テキスト入力してください。

・症状との因果関係

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、記載する内容がある場合は「具体的に」の欄にテキスト入力してください。

・入院有無

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、有りの場合は入院期間（年月日）をカレンダーから選択、または yyyy/mm/dd で入力してください。

・外来通院有無

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、有りの場合は外来通院期間（年月日）をカレンダーから選択、または yyyy/mm/dd で入力してください。

・転院有無

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、有りの場合は転院目的について、該当する項目（重症管理、略治フォロー、中毒以外の基礎疾患の治療、その他、不明）をプルダウンで選択し、そのほか記載する内容がある場合は「具体的に」の欄にテキスト入力してください。

* 転院した場合、転院先へ追跡調査をお願いする場合があります。差し支えなければ、転院先の病院名、担当部署・診療科、担当医師名、電話番号について、可能な範囲で入力してください。

【転帰】

転帰	
転帰	<p>選択してください ▾</p> <p>死亡の場合 死亡年月日 <input type="text" value="yyyy/mm/dd"/></p> <p>転帰 死亡の場合 死因 <input type="text" value="255文字以内"/></p>
後遺症の有無	<p>選択してください ▾</p> <p>具体的に <input type="text" value="255文字以内"/></p>

・転帰

該当する項目（完治、略治、死亡、不明）をプルダウンで選択し、死亡の場合は死亡年月日をカレンダーから選択または yyyy/mm/dd で入力、死因についてもテキストで入力してください。

・後遺症の有無

該当する項目（無し、有り、不明）をプルダウンで選択し、そのほか記載する内容がある場合は「**具体的に**」の欄にテキスト入力してください。

【重症度（概略）】

重症度（概略）	
重症度（概略）	<p>選択してください ▾</p>

・重症度（概略）

下記を参考に該当する項目（無症状、軽症、中等症、重症、死亡）をプルダウンで選択してください。

1. 無症状
2. 軽症 : 外来処置のみ、経過観察程度
3. 中等症 : 内科的に一般病棟に入院加療を要する程度
4. 重症 : 集中治療、手術を要する
5. 死亡

【サマリー・コメント】

サマリー・コメント	
症例サマリー	経過中の症状、各種検査結果、治療等のほか、原因化学物質の定性・定量分析を行った場合はその結果についてもお書きください。なお、貴施設のサマリー添付でも結構ですが、個人が特定されない形式でお願い致します。 <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px;"></div>
主治医コメント	中毒原因物質と症状の因果関係等を含め、先生のお感じになったことをお書きください。 <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px;"></div>
添付資料（貴施設の資料等、画像等があれば）	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"><input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません</div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"><input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません</div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"><input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません</div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"><input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません</div> <div style="display: flex; align-items: center;"><input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません</div>

[確認画面へ](#)

次の確認画面で、「仮登録」が選択可能です。仮登録したデータは後で編集・修正できます。入力途中で席をはずす場合などにご利用ください。）

・症例サマリー

経過中の症状、各種検査結果、治療等のほか、原因化学物質の定性・定量分析を行った場合はその結果について、テキスト入力してください。

* 貴施設のサマリーをファイル添付も可能ですが、**患者様個人が特定されない**内容でお願いいたします。

・主治医コメント

中毒原因物質と症状の因果関係等を含め、コメントをテキスト入力してください。

・添付資料（貴施設の資料等、画像等があれば）

添付ファイルの形式は PDF、JPEG で、ファイル容量は合計 2MB まででお願いいたします。

貴施設のサマリー、血液検査や検査画像、定性・定量分析の結果など、ファイルで提供くださる場合は『ファイル選択』でファイルを選んでください。

選択したファイルを削除したい場合は 『ファイル削除』にチェックを入れて、[確認画面へ](#)のボタンをクリックして、確認画面でファイルが削除されていることを確認してください。

選択したファイルを変更したい場合は 『別のファイルの再選択』のボタンをクリックし、別のファイルを再度選択してください。

4. 入力内容の確認、登録

各項目を入力後、[確認画面へ](#) のボタンをクリックすると、新規登録内容確認画面が開きます。
入力内容を確認してください。

急性中毒症例web登録システム
新規登録内容確認

基本情報	
施設名	公益財団法人日本中毒情報センター
診療科・部署	
職種	薬剤師
記入者名	飯田薫
連絡先TEL	029-856-3566
メールアドレス	poisoncase@j-poison-ic.or.jp
中毒110番への問合せ	無し

患者情報	
年齢	1歳 10ヵ月
性別	男性
体重	10kg
職業	
動物の場合 動物種	
既往歴の有無	有りの場合:

中毒原因物質	
商品名（物質名）・会社名	商品名・物質名・会社名 加熱式たばこ 量（単位もあわせて） 1本
経路	経口 その他、経路が複数の場合
発生年月日	2022/07/01 10:0 発見時間
発生場所	居住内
状況	不慮-その他の不慮の事故
現病歴/鑑察状況	子どもが加熱式たばこを手で1本持っていた。フィルターは残っているが、葉の部分がなく食べた可能性がある。

受診の有無	
受診の有無	有り 診察時刻 2022/07/01 11:0

症状の有無	
来院前（主訴）	無し
来院時（初診時所見）	有り 嘔吐
初診時	体温℃ 血圧/ 脈拍/分 呼吸数/分 意識レベルGCS= E V M
来院後（経過中症状）	

処置の有無	
来院前	無し 吐かせようとしたが何も出てこなかった
来院後	無し

診断	
診断	
症状との因果関係	有り
入院有無	無し ～
外来通院有無	無し ～ ※退院後フォローも含む
転院有無	無し 有りの場合転院目的 病院名： 担当部署・診療科： 担当医師名： 電話番号：
転帰	
転帰	完治 死亡の場合 死亡年月日： 死因：
後遺症の有無	
重症度（概略）	
重症度（概略）	軽症（外来処置のみ、経過観察程度）
サマリー・コメント	
症例サマリー	
主治医コメント	
添付資料（自施設の資料等、画像等があれば）	

前の画面に戻って修正する

この内容で登録する

登録したデータはWeb上では編集・修正できません。

この内容で仮登録する

仮登録したデータは後で編集・修正できます。
入力途中で戻をはずす場合などにご利用ください。

・修正する場合

前の画面に戻って修正する

のボタンをクリックして入力画面に戻り、修正してください。

・後で内容を確認、修正する場合

この内容で仮登録する

のボタンをクリックしてください。

登録症例一覧に戻るとステータスに **仮登録中** と表示されます。

内容を確認、修正する場合は、登録症例一覧で該当の Report No の操作 **編集** 欄のボタンをクリックしてください。症例情報を編集、修正する画面が開きます。

・入力した内容で登録する場合

この内容で登録する

のボタンをクリックしてください。

登録が完了すれば、画面に「症例登録が完了しました」と表示されます。

症例登録が完了しました

ご登録ありがとうございました。

ご登録のメールアドレス宛に、症例登録完了のお知らせをお送りいたしました。

[登録症例一覧に戻る](#)

また、入力したメールアドレス宛に、「症例情報登録完了のお知らせ」メールが送信されます。



症例情報登録完了のお知らせ (ID:820220706E001)
日本中毒情報センター 宛先: kiida

〇〇病院
△△様

このたびは日本中毒情報センターへの症例登録にご協力いただき、
ありがとうございます。

症例情報の登録が完了したことをお知らせいたします。

今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

=====

公益財団法人日本中毒情報センター

=====

* 症例登録完了のメールは即時送信されますが、もし受信が確認できない場合、登録完了したデータの編集・修正が必要な場合は JPIC 症例収集担当 (poisoncase@j-poison-ic.or.jp) までご連絡ください。

登録症例一覧に戻ると、ステータスに **登録完了** と表示され、操作欄の **詳細表示** ボタンをクリックすると登録内容が表示されます。

なお、いったん登録が完了したデータは web 上では編集・修正できませんので、ご注意ください。
登録後のご連絡、また不明点等がございましたら、JPIC 症例収集担当 (poisoncase@j-poison-ic.or.jp) までご連絡下さいますようお願い致します。

また、登録された症例の内容等について、JPIC 症例収集担当から、後日お問い合わせさせていただく場合がございますので、何卒よろしくお願いいたします。

以上