

下記の項目に具体的にご記入ください。選択部分は当てはまる番号に○をお願いします。

記入年月日 20 年 月 日

施設名											
記入者名											
記入者所属	連絡先TEL										
患者	動物の場合 動物種										
	年齢	歳	カ月	男・女	体重	kg	職業				
既往症の有無	1. 無, 2. 有(), 9. 不明										
中毒原因物質	商品名(物質名)・会社名 量(単位もあわせて)										
	できる限り具体的な商品名・会社名をお書き下さい。商品名が不明の場合は、一般名や用途でもかまいません。										
経路	1. 経口, 2. 吸入, 3. 経皮, 4. 眼, 5. 耳, 6. 咬傷, 7. 刺傷, 98. その他(具体的に), 99. 不明										
発生年月日 (摂取・曝露時刻)	1. 確定の場合 20 年 月 日 時 分 (24時間表記) 2. 推定の場合 20 年 月 日 時 分～ 月 日 時 分の間 9. 不明										
発生場所	1. 居住内, 2. 仕事場, 3. 医療施設, 4. 高齢者施設, 5. 学校・幼稚園・保育所, 6. 屋内の公共スペース, 7. 車内, 8. 屋外, 98. その他, 99. 不明 具体的に()										
状況	1. 不慮 [1. 労災, 2. 医療上の事故, 3. その他の誤使用, 8. その他の不慮の事故, 9. 不明] 2. 故意 [1. 自殺企図・自傷行為, 2. 医療上の事故, 3. その他の誤使用, 4. 乱用, 6. 悪意による事故, 9. 不明] 3. その他(具体的に), 9. 不明										
現病歴 ／曝露状況											
受診の有無	1. 受診せず(電話相談等の場合) 2. 受診 診察時刻 20 年 月 日 時 分(24時間表記)										
症状の有無	来院前(主訴) 1. 無, 2. 有→(), 9. 不明 来院時(初診時所見) 1. 無, 2. 有→() 初診時 体温 °C, 血圧 / , 脈拍数 /分, 呼吸数 /分, 意識レベルGCS=E()V()M() 来院後(経過中症状) 1. 無, 2. 有→()										
処置の有無	来院前 1. 無, 2. 有→(), 9. 不明 来院後 1. 無, 2. 有→()										
診断											
症状との因果関係	1. 無, 2. 有→(), 9. 不明										
入院有無	1. 無, 2. 有→期間(月 日～ 月 日)										
外来通院有無*	1. 無, 2. 有→期間(月 日～ 月 日) *退院後フォローを含む										
転院有無	1. 無, 2. 有→転院目的 1. 重症管理, 2. 略治フォロー, 3. 中毒以外の基礎疾患の治療, 8. その他(具体的に) 転院先病院名, 診療科, 担当医名, 電話番号										
転帰	1. 完治, 2. 略治, 3. 死亡, 9. 不明 死亡の場合 死亡年月日・時刻 月 日 時 分 死因:										
後遺症の有無	1. 無, 2. 有→(), 9. 不明										
重症度(概略)	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										

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。

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。