

福岡医発第900号(地)  
平成19年 8月31日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会  
会長 横倉 義武  
( 公 印 省 略 )

インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究  
に対する協力について

標記の件につきまして、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いることから、その背景に関する実態把握をするため、厚生労働科学特別研究事業において、厚生労働省の指定に基づき実施される旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありました。

本調査は全ての医療機関が対象であり、感染症法に基づくインフルエンザ定点以外の医療機関については、インフルエンザ様疾患と診断され重度の異常な行動を示した患者について報告を求めるとともに、インフルエンザ定点医療機関については、重度の異常な行動に加え、軽度の異常な行動についても報告が求められております。報告対象期間は、前のシーズン（平成18年9月～平成19年7月）及び今度のシーズン（平成19年8月～平成20年3月）となっております。（軽度の異常な行動は今度のシーズンのみ）

つきましては、貴会におかれましても本調査の趣旨をご理解いただき、会員各位への周知、協力方よろしくお願い申し上げます。

なお、感染症発生動向調査インフルエンザ定点医療機関に対しましては、本会より直接通知しております。

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎





日医発第 454 号 (地Ⅲ126)

平成 19 年 8 月 9 日

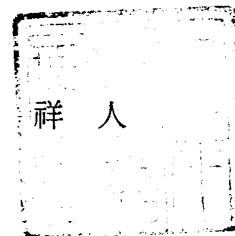
都道府県医師会

会 長 殿

日 本 医 師 会

会 長 唐 澤

祥 人



インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究  
に対する協力について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、今年度、厚生労働科学特別研究事業において、厚生労働省の指定に基づき標記の研究が行われることとなり、当該研究にかかる調査についての協力依頼が、厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局安全対策課長連名にて、各都道府県等衛生主管部（局）長あて通知され、本会へも協力依頼がありました。

本調査は、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いることから、その背景に関する実態把握をするために実施されるものであります。

本調査は全ての医療機関が対象であり、感染症法に基づくインフルエンザ定点以外の医療機関については、インフルエンザ様疾患と診断され重度の異常な行動を示した患者について報告を求めるとともに、インフルエンザ定点医療機関については、重度の異常な行動に加え、軽度の異常な行動についても報告を求めています。報告対象期間は、前のシーズン（平成 18 年 9 月～平成 19 年 7 月）及び今度のシーズン（平成 19 年 8 月～平成 20 年 3 月）となっております。（軽度の異常な行動は今度のシーズンのみ）

つきましては、貴会におかれましても本調査の趣旨をご理解いただき、貴会管下郡市区医師会及び医療機関に対しまして、周知、協力方、格別のご高配をよろしくお願い申し上げます。





健感発第0730002号

薬食安発第0730002号

平成19年7月30日

社団法人 日本医師会 会長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長



厚生労働省医薬食品局安全対策課長



インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究  
に対する協力について（依頼）

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、今年度、厚生労働科学特別研究事業において、厚生労働省の指定に基づき標記の研究が行われることとなっており、当該研究にかかる調査については、医療機関から当該研究班への症例の報告方協力をいただきたく、別添のとおり、各都道府県・政令市・特別区衛生主管部（局）長あて通知をしているところです。

つきましては、貴団体所属の医療機関から当該研究班への積極的な症例の報告につきご協力をいただきたくお願い申し上げます。



健感発第0730001号

薬食安発第0730001号

平成19年7月30日

各都道府県・政令市・特別区衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長

厚生労働省医薬食品局安全対策課長

インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究  
に対する協力について（依頼）

平成19年度厚生労働科学特別研究事業において、厚生労働省の指定に基づき下記の研究が行われることとなっています。

ついては、当該研究にかかる調査について、別紙により貴管内医療機関へ周知くださいますよう、よろしくお願いします。

なお、本件については、別添写しのとおり、社団法人 日本医師会ほか医療関係団体へ通知していますので、申し添えます。

記

研 究 名：インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究  
（平成19年度 厚生労働科学特別研究）

主任研究者：国立感染症研究所 感染症情報センター長 岡部 信彦

別紙

平成19年7月30日

各医療機関 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

厚生労働省医薬食品局安全対策課

インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究  
に対する協力をお願いについて

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成19年度厚生労働科学特別研究事業において、厚生労働省の指定に基づき下記の研究が行われることとなっていますが、当該研究にかかる調査については、医療機関から当該研究班への症例の報告方ご協力をいただきたく、よろしくお願いいたします。

#### 記

研 究 名：インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究  
(平成19年度 厚生労働科学特別研究)

主任研究者：国立感染症研究所 感染症情報センター長 岡部 信彦

調査内容等：

○感染症法に基づくインフルエンザ定点以外の医療機関

・・・別記様式1（重度調査）のとおり

○感染症法に基づくインフルエンザ定点医療機関

・・・別記様式2（重度調査及び軽度調査）のとおり

## 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〕

今日、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ます。

厚生労働省では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特別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\*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＞：

①前のシーズン（平成18年9月～平成19年7月）に経験された報告対象症例  
2007年7月30日～2007年8月31日の間に、報告してください。

②今度のシーズン（平成19年8月～平成20年3月）  
2007年8月1日以降今度のシーズン中に、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

※ 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情報センター(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                | <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) <input type="checkbox"/> 陽性(B型) <input type="checkbox"/> 陽性(亜型不明) <input type="checkbox"/> 不明 |
| 罹患前半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               |

| 処方薬剤名                 | 異常行動前の薬剤服用・使用の有無                                                                  | 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(塩酸アマンタジン)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           |
| 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           |
| 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           |
|                       | 8.                                                                                | 月 日 時頃           |
|                       | 9.                                                                                | 月 日 時頃           |
|                       | 10.                                                                               | 月 日 時頃           |

【インフルエンザ定点以外の医療機関用】

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 異常行動の分類<br>(複数回答可)<br>(必須)                                         | <input type="checkbox"/> 突然走り出す <input type="checkbox"/> 飛び降り<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> わめく・泣きやまない <input type="checkbox"/> 暴力・興奮状態<br><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<br><input type="checkbox"/> その他(具体的に _____ ) |
| 異常行動と睡眠の関係<br>(必須)                                                 | <input type="checkbox"/> 異常行動は覚醒していて徐々に起こった<br><input type="checkbox"/> 異常行動は眠りから覚めて直に起こった<br><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<br>(必須) | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>具体的に記載してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 既往歴(複数回答可)                                                         | <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> てんかん<br><input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など)<br><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<br><input type="checkbox"/> その他(具体的に _____ )                                                                                                                                                                     |
| 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 \_\_\_\_\_

## 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医療機関用】

今日、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ます。

厚生労働省では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特別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。

なお、すべての医療機関におきましては、重度の異常行動を示した症例の報告をお願いしておりますが、感染症法に基づくインフルエンザ定点医療機関におかれましては、インフルエンザ患者のなかでどのくらいの割合で異常行動が発生しているかの背景を調査するため、今度のシーズンにつき、重度に加え、軽度の異常行動を示した症例についても報告をお願いします。

### 〔調査の概要〕

#### I 重度の異常な行動に関する調査（重度調査）

〈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\*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〉：

①前のシーズン（平成18年9月～平成19年7月）に経験された報告対象症例  
2007年7月30日～2007年8月31日の間に、報告してください。

②今度のシーズン（平成19年8月～平成20年3月）  
2007年8月1日以降今度のシーズン中に、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。

#### II 軽度の異常な行動に関する調査（軽度調査）

〈報告対象〉： インフルエンザ様疾患と診断され、かつ、軽度の異常な行動\*を示した患者

※何かにおびえて手をばたばたさせるなど、その行動自体が生命に影響を及ぼすことは考えられないものの、普段は見られない行動（別添（報告基準）参照）

〈報告対象期間等〉： 今度のシーズン（平成19年8月～平成20年3月）  
2007年8月1日以降今度のシーズン中に、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。

(軽度調査) インフルエンザ様疾患と診断され、かつ、軽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

I 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

II 軽度の異常な行動

- 会話中、突然話を通じなくなる
- おびえ・恐慌状態
- 無いものが見えると言う
- わめく・泣きやまない
- 暴力・興奮状態
- はねる
- 徘徊
- 無意味な動作の繰り返し
- その他、その行動自体が直ちに生命に影響が及ぶことは考えられないものの、普段は見られない行動

※ 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。また、「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情報センター(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。



〔インフルエンザ定点医療機関用〕

別紙様式

## 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<br>(必須)    | <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input 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                    | <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<br>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) <input type="checkbox"/> 陽性(B型) <input type="checkbox"/> 陽性(亜型不明) <input type="checkbox"/> 不明 |
| 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               |

| 処方薬剤名                     | 異常行動前の薬剤服用・使用の有無                                                                  | 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)<br>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(塩酸アマンタジン)<br>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           |
| 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           |
| 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           |
|                           | 8.                                                                                | 月 日 時頃           |
|                           | 9.                                                                                | 月 日 時頃           |
|                           | 10.                                                                               | 月 日 時頃           |

【インフルエンザ定点医療機関用】

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 異常行動の分類<br>(複数回答可)<br>(必須)                                         | <input type="checkbox"/> 突然走り出す <input type="checkbox"/> 飛び降り<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> わめく・泣きやまない <input type="checkbox"/> 暴力・興奮状態<br><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<br><input type="checkbox"/> その他(具体的に _____ ) |
| 異常行動と睡眠の関係<br>(必須)                                                 | <input type="checkbox"/> 異常行動は覚醒していて徐々に起こった<br><input type="checkbox"/> 異常行動は眠りから覚めて直に起こった<br><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<br>(必須) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>具体的に記載してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 既往歴(複数回答可)                                                         | <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> てんかん<br><input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 精神・神経疾患(統合失調症、躁うつ病、ADHD、自閉症など)<br><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<br><input type="checkbox"/> その他(具体的に _____ )                                                                                                                                                                     |
| 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 \_\_\_\_\_