

グローバル COVID-19 臨床プラットフォーム

新型コロナウイルス感染症（COVID-19） - 簡易バージョン

本症例報告書 (CRF) の構成

この CRF には 3 つのモジュールがあります：

モジュール 1 は医療施設への入院初日に全ての項目を記入してください。

モジュール 2 は ICU または重症ケアユニットへの入室初日に全ての項目を記入してください。またモジュール 2 は ICU 等入室後、可能な限り毎日記入してください。病棟間を移動する被験者のフォローアップを続けます。

モジュール 3 は退院時または死亡時に全ての項目を記入してください。

全般的な手引き

- CRF は、検査、診察、病院のメモのレビューを通じて得られたデータの収集用に設計されています。もし被験者が入院後に登録された場合は、日付をさかのぼって記録することになります。

- 被験者識別番号は施設番号および被験者番号で構成されます。

施設番号を取得しデータ管理システムに登録するには、ncov@isaric.org までお問い合わせください。被験者番号は、各サイトに順番に割り当てられ、0001 から始まります。もし一つの登録施設で複数の病棟にわたって被験者がいる場合、または番号を順番に割り当てることが難しい場合は、アルファベットを使用しても構いません。例：病棟 X には 0001 または A001 以降の番号を割り当て、病棟 Y には 5001 または B001 以降の番号を割り当てます。各ページの上部に被験者識別番号を入力します。

- データは中央の電子データベース REDCap <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> または各自の独立したデータベースに入力してください。印刷した紙の CRF を使用し、後でデータを電子データベースに入力することも可能です。
- 全てのセクションに記入してください。「はいと答えた場合、」という項目がある質問に対しては、該当しない場合（つまり、答えが「はい」でない場合）は空欄のままにしてください。
- 回答欄に（□）がある場合は単一回答方式です（1 つだけ選択してください）。
- 回答欄に（○）がある場合は複数回答方式です（当てはまるものをすべて選択してください）。
- データがない場合、または不明の場合は「不明」を選択してください。
- 対象領域外のデータを記録しないでください。

COVID-19 症例報告書簡易バージョン 2021 年 12 月 8 日

ISARIC による SPRINT SARI CRF からの改変。オックスフォード大学に代わり ISARIC が [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) の下でライセンスを取得。

- 紙の CRF を使用する場合は、インクを使用してブロック体の大文字ではっきりと記入することをお勧めします。
- ボックスに (x) を記入して回答を入力してください。修正する際は、取り消し線 (-----) で削除するデータを消し、その上に正しいデータを書き込みます。すべての修正には、イニシャルと日付を記入してください。
- 被験者ごとにすべてのシートをまとめて保管してください。例: ホッチキスで止める、被験者固有のフォルダを作るなど。
- すべての紙の CRF データを電子データベースに転送してください。紙の症例報告書は各施設の責任において保管することができます。すべてのデータは安全な電子データベースに移管しなければなりません。
- データは電子データ集積管理システム <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> に入力してください。各施設が独自にデータを収集したい場合は、弊社がローカルホストされたデータベースの構築をサポートいたします。
- ncov@isaric.org にご連絡いただき、データベースに関するご質問、ご意見、フォームのご利用についてお問い合わせください。

モジュール 1：入院日/登録日に全て記入してください

医療施設名 _____

玉

登録日 [日] [日] / [月] [月] / 2 [0] [年] [年]

臨床的包摂基準

新型コロナウイルス感染症が証明されている、または疑われている ☐はい ☐いいえ

疾病期間中 | 発熱（自己申告または実測値 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ） ☐はい ☒いいえ

右記の症状が 咳嗽 ☐はい☐いいえ

期間中 | 呼吸困難（息切れ）または頻呼吸* ☐はい ☐いいえ

ある | 上記症状はないが臨床的に急性呼吸器感染症を疑う ☐はい☐いいえ

- 1歳未満の場合、呼吸数 ≥ 50 回/分; 1-4歳の場合、 ≥ 40 回/分; 5-12歳の場合、 ≥ 30 回/分; 13歳以上の場合、 ≥ 20 回/分

入院の理由は、COVID-19 ですか？

☐はい、COVID-19 が入院の理由☐いいえ、当患者は COVID-19 以外の理由で入院している

被験者情報

出生時の性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 回答なし 誕生日 [日][日][月][月][年][年][年][年]

誕生日が不明の場合：年齢「 」歳または「 」ヵ月

医療従事者ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 微生物学実験施設で働いていますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

妊娠していますか？ ☐はい ☐いいえ ☐不明 ☐該当しないはいと答えた場合：妊娠週数「 週

COVID-19 感染歴

当患者は以前に COVID-19 に感染したことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい - 以前に 1 回ある ☐ はい - 以前に 2 回ある ☐ はい - 以前に 3 回ある (eCRF 上には、これを捉えるより多くのスペースがある)

初回の COVID-19 感染について:

初回の COVID 感染はいつ発生しましたか？ (月/年/年/年)

初回の COVID 感染はテストで確認されましたか？:

☐はい、テストで確認されました☐いいえ、テストで確認されませんでした

患者は初回の COVID が理由で入院したのですか? ☐はい ☐いいえ

2 回目の COVID-19 感染について:

2 回目の COVID 感染はいつ発生しましたか? (月 月/年 年 年 年)

2 回目の COVID 感染はテストで確認されましたか？:

□はい、テストにより確認されました□いいえ、テストで確認されませんでした

2 回目の COVID の感染が理由で、患者は入院したのですか？☐はい☐いいえ

この患者に関するデータが、以前に本研究で記録されている場合には、以前に使用した参加者識別番号(PIN)を以下のセクションに記録してください。

再入院と以前の PIN

当患者は以前に入院しましたか、あるいは本疾患のエピソードの間に他の施設から転送されたましたか？

□はい-この施設に以前入院していた □はい-他の施設から転送された □いいえ □不明

この感染による以前の入院回数: _____

この患者のデータは以前に違う患者番号で収集されたことがありますか?: ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

「はい」の場合は、患者識別番号 (PIN): _____

モジュール 1：入院日/登録日に全て記入してください

発症日および入院時の症状(受診入院時、最初に収集できたデータ)

症状の発現(最初に症状が発現した日付) [日] [日] / [月] [月] / 2 / 0 [年] [年]

本施設への入院日 [日] [日] / [月] [月] / 2 0 [年] [年]

体温[]/[]·[]°C 心拍数[]/[]/[]回/分

呼吸数[]回/分

血圧[] [] [] (収縮期) [] [] [] (拡張期) mmHg
 重度の脱水症状 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

胸骨毛細血管再充満時間>2 秒 ☐はい ☐いいえ ☐不明

酸素飽和度: [] [] [] % 環境 ☐ 室内気 ☐ 酸素投与下 ☐ 不明 **A V P U** (1つ○をつけてください)

グラスゴー昏睡尺度 (GCS /15) [||] 低栄養 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

上腕周囲径[] [] [] mm 身長：[] [] [] cm 体重：[] [] [] kg

併存疾患(入院前から存在していた疾患) (Unk = 不明)

慢性心疾患
(高血圧を除く)

☐はい ☐いいえ ☐不明

糖尿病 ☐はい☐いいえ☐不明

高血圧 ☐はい☐いいえ☐不明

現在の喫煙 ☐はい ☐いいえ ☐不明

慢性肺疾患 ☐はい☐いいえ☐不明

結核 ☐はい☐いいえ☐不明

気管支喘息 ☐はい ☐いいえ ☐不明

無脾症 ☐はい☐いいえ☐不明

慢性腎臓病 ☐はい☐いいえ☐不明

悪性新生物 ☐はい☐いいえ☐不明

慢性肝疾患 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

その他 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

慢性神経障害 ☐はい☐いいえ☐不明

はいの場合、以下から選んでください:

HIV ☐はい(ART 中) ☐はい(ART なし) ☐いいえ☐不明

モジュール 1：入院日/登録日に全て記入してください

入院前 & 常用内服薬 入院日から遡って 14 日以内に以下の服薬がありましたか？

 アンジオテンシン変換酵素阻害剤 (ACE 阻害剤) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

 アンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

入院時の徴候と症状 (不明= 不明)

熱がありますか	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	下部胸壁の陥没	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
咳嗽	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	頭痛	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
喀痰	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	意識変容/混迷	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
血痰/喀血	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	発作	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
のどの痛み	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	腹痛	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
鼻汁 (鼻漏)	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	嘔吐 / 吐き気	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
喘鳴	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	下痢	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
胸痛	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	結膜炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
筋肉痛	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	皮疹	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
関節痛	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	皮膚潰瘍	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
疲労 / 倦怠感	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	リンパ節腫脹	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
息切れ	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	出血	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
歩行不能	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	出血がある場合その部位： _____	

 その他 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、具体的に記入してください： _____

ワクチン接種
COVID-19 ワクチン接種 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

 初回のワクチン接種日：[日][日][月][月][2][0][年][年] 日付： ☐ 実施日 ☐ 推定日

 初回のワクチンの種類： ☐ ファイザー/バイオンテック ☐ アストラゼネカ/オックスフォード大学 (インドのコビシールド) ☐ モデルナ

☐ ノババックス ☐ ヤンセン (ジョンソン & ジョンソン) ☐ シノファーム ☐ シノバック ☐ スプートニク V

☐ コバクシン ☐ カンシノ・バイオ ☐ 不明 ☐ その他、具体的に記入してください _____

 2 回目のワクチン接種日：[日][日][月][月][2][0][年][年] 日付： ☐ 実施日 ☐ 推定日

 2 回目のワクチンの種類： ☐ ファイザー/バイオンテック ☐ アストラゼネカ/オックスフォード大学 (インドのコビシールド) ☐ モデルナ

☐ ノババックス ☐ ヤンセン (ジョンソン & ジョンソン) ☐ シノファーム ☐ シノバック ☐ スプートニク V

☐ コバクシン ☐ カンシノ・バイオ ☐ 不明 ☐ その他、具体的に記入してください _____

 3 回目のワクチン接種日：[日][日][月][月][2][0][年][年] 日付： ☐ 実施日 ☐ 推定日

3 回のワクチンの種類: ☐ファイザー/バイオンテック ☐アストラゼネカ/オックスフォード大学 (インドのコビシールド) ☐モデルナ
☐ノババックス ☐ヤンセン (ジョンソン & ジョンソン) ☐シノファーム ☐シノバック ☐スプートニク V
☐コバクシン ☐カンシノ・バイオ ☐不明 ☐その他、具体的に記入してください _____

過去 6 カ月以内のインフルエンザワクチン接種: ☐はい ☐いいえ ☐不明

インフルエンザワクチンの接種日 : [日] [日] [月] [月] [2] [0] [年] [年] 日付: ☐実施日 ☐推定日

薬物療法 患者は現在以下の治療を受けていますか？

経口/経管栄養(液体) ☐はい ☐いいえ ☐不明 輸液 ☐はい ☐いいえ ☐不明

抗ウイルス薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明 はいと答えた場合: ☐リバビリン ☐ロピナビル/リトナビル ☐ノイラミニダーゼ阻害薬

☐インターフェロンα ☐インターフェロンβ ☐その他、薬品名: _____

コルチコステロイドですか? ☐はい ☐いいえ ☐不明 はいと答えた場合、投与経路: ☐経口 ☐経静脈 ☐吸入

はいと答えた場合、薬の種類および最大容量/日: _____

抗生物質 ☐はい ☐いいえ ☐不明 抗真菌薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明

抗マラリア薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明 はいと答えた場合、薬品名: _____

非承認薬 ☐はい ☐いいえ ☐不明 はいと答えた場合、薬品名: _____

非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID) ☐はい ☐いいえ ☐不明

アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE 阻害薬) ☐はい ☐いいえ ☐不明

アンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) ☐はい ☐いいえ ☐不明

モジュール 1: 入院日/登録日に全て記入してください

支持療法 患者は現在以下の治療を受けていますか？

ICU またはハイケアユニットに入室しましたか? ☐はい ☐いいえ ☐不明

酸素療法ですか? ☐はい ☐いいえ ☐不明 はいと答えた場合、以下の全ての質問にお答えください。

酸素投与量: ☐1-5 L/分 ☐6-10 L/分 ☐11-15 L/分 ☐>15 L/分 ☐不明

酸素供給源: ☐酸素パイプ ☐酸素ボンベ ☐酸素濃縮器 ☐不明

インターフェイス: ☐鼻カニュラ ☐高流量鼻カニュラ ☐マスク ☐リザーバ付マスク ☐CPAP/NIV マスク ☐不明

非侵襲的換気ですか？(例：BIPAP/CPAP) ☐はい ☐いいえ ☐該当しない

侵襲的換気(種類は問わず)ですか？ ☐はい ☐いいえ ☐不明 強心薬/昇圧剤 ☐はい ☐いいえ ☐不明

体外式膜型人工肺(ECMO) ☐はい ☐いいえ ☐不明 腹臥位換気 ☐はい ☐いいえ ☐不明 ☐はい ☐いいえ ☐不明

入院時検査結果(*リストされているものと異なる場合は単位を記入してください)

パラメータ	値*	実施されていません	パラメータ	値*	実施されていません
ヘモグロビン (g/L)		☐	クレアチニン(μmol/L)		☐
WBC カウント(x10 ⁹ /L)		☐	ナトリウム(mEq/L)		☐
ヘマトクリット (%)		☐	カリウム(mEq/L)		☐
血小板(x10 ⁹ /L)		☐	プロカルシトニン(ng/mL)		☐
APTT/APTR		☐	CRP(mg/L)		☐
PT (秒)		☐	LDH (U/L)		☐
INR		☐	クレアチンキナーゼ(U/L)		☐
ALT/SGPT (U/L)		☐	トロポニン (ng/mL)		☐
総ビリルビン(μmol/L)		☐	ESR (血沈) (mm/hr)		☐
AST/SGOT (U/L)		☐	D-ダイマー (mg/L)		☐
尿素 (BUN) (mmol/L)		☐	フェリチン (ng/mL)		☐
乳酸 (mmol/L)		☐	IL-6 (pg/mL)		☐

モジュール 2：フォローアップ (フォローアップ回数は医療資源を考慮して調整してください)

フォローアップ日 [日] [日] / [月] [月] / 2 [0] 年 [年]

バイタルサイン(00:00～24:00 間の最異常値を記入)

体温[] [] . [] °C 心拍数[] [] [] 回/分呼吸数[] [] 回/分

血圧[] [] [] (収縮期) [] [] [] (拡張期) mmHg 重度の脱水症状 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

胸骨毛細血管再充満時間>2 秒☐はい☐いいえ☐不明 グラスゴー昏睡尺度/15

酸素飽和度[] [] [] % 環境 ☐ 室内 ☐ 気 ☐ 酸素投与 ☐ 下 ☐ 不明 **A V P U** (1つ○をつけてください)

各日の臨床徴候・症状(Unk = 不明)

咳嗽	☐ はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明 ☐ は	発作	☐ はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明 ☐ は
喀痰	はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明 ☐ は	嘔吐 / 吐き気	いい ☐ いい ☐ え ☐ 不明
咽頭痛	いい ☐ いい ☐ え ☐ 不明 ☐ はい	下痢	☐ はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明 ☐ は
胸痛	☐ いい ☐ え ☐ 不明	結膜炎	いい ☐ いい ☐ え ☐ 不明
息切れ	☐ はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明	筋肉痛	☐ はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明
昏迷	☐ はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明	その他、具体的に記入してください：	☐ はい ☐ いい ☐ え ☐ 不明

検査結果(*リストされているものと異なる場合は単位を記録してください)

パラメータ	値*	実施 されて います せん	パラメータ	値*	実施 されて います せん
ヘモグロビン (g/L)		☐	クレアチニン(μmol/L)		☐
WBC カウント(x10 ⁹ /L)		☐	ナトリウム(mEq/L)		☐
ヘマトクリット (%)		☐	カリウム(mEq/L)		☐
血小板(x10 ⁹ /L)		☐	プロカルシトニン(ng/mL)		☐
APTT/APTR		☐	CRP(mg/L)		☐
PT (秒)		☐	LDH (U/L)		☐
INR		☐	クレアチンキナーゼ(U/L)		☐
ALT/SGPT (U/L)		☐	トロポニン (ng/mL)		☐
総ビリルビン(μmol/L)		☐	ESR (血沈) (mm/hr)		☐
AST/SGOT (U/L)		☐	D-ダイマー (mg/L)		☐
尿素 (BUN) (mmol/L)		☐	フェリチン (ng/mL)		☐
乳酸(mmol/L)		☐	IL-6 (pg/mL)		☐

薬物療法 患者は現在以下の治療を受けていますか？

経口/経管栄養(液体) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 輸液 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

抗ウイルス薬 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合： ☐ リバビリン ☐ ロピナビル/リトナビル ☐ ノイラミニダーゼ阻害薬

☐ インターフェロンα ☐ インターフェロンβ ☐ その他、薬品名： _____

ルチコステロイドですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、投与経路： ☐ 経口 ☐ 経静脈 ☐ 吸入

はいと答えた場合、薬の種類および最大容量/日： _____

抗生物質 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 抗真菌薬 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

抗マラリア薬 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、薬品名： _____

非承認薬 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、薬品名： _____

非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE 阻害薬) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

アンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

支持療法 患者は現在以下の治療を受けていますか？

ICU またはハイケアユニットに入室しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

酸素療法を実施しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、以下の全ての質問にお答えください。

酸素投与量： ☐ 1-5 L/分 ☐ 6-10 L/分 ☐ 11-15 L/分 ☐ >15 L/分 ☐ 不明

酸素供給源： ☐ 酸素パイプ ☐ 酸素ボンベ ☐ 酸素濃縮器 ☐ 不明

インターフェイス： ☐ 鼻カニュラ ☐ 高流量鼻カニュラ ☐ マスク ☐ リザーバ付マスク ☐ CPAP/NIV マスク ☐ 不明

非侵襲的換気ですか？ (例： BIPAP、CPAP) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

侵襲的換気(種類は問わず)ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 強心薬/昇圧剤 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

体外式膜型人工肺(ECMO) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 腹臥位換気 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

腎代替療法 (RRT) または透析ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

モジュール 3：退院時/死亡時に全て記入してください

診断/病原体検査

胸部 X 線/CT 検査は施行されましたか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、浸潤影はありましたか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

この疾病期間中に病原体検査は行われましたか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、以下の全ての質問にお答えください。

インフルエンザウイルス：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 陽性の場合、型 _____

コロナウイルス：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 陽性の場合：☐ MERS-CoV ☐ SARS-CoV-2 ☐ その他 _____

その他の呼吸器感染症の診断：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 陽性の場合、病原体名 _____

ウイルス性出血熱：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 陽性の場合、病原体名 _____

その他、公衆衛生上重要な病原体の検出：はいの場合、以下から選んでください： _____

熱帯熱マラリア：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 熱帯熱マラリア以外のマラリア：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施

HIV：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施

合併症：入院中 (任意の時間に) 被験者に以下の症状がありましたか：

ショック	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	菌血症	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
発作	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	出血	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
髄膜炎/脳炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	心内膜炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
貧血	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	心筋炎/心外膜炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
心不整脈	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	急性腎障害	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
心停止	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	膵炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
肺炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	肝機能障害	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
細気管支炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	心筋症	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
急性呼吸促拍症候群	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	その他 はいと答えた場合、具体的に記入してください	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 _____

投薬：入院中、または退院後以下のいずれかが投与されましたか？

経口/経管栄養(液体) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 輸液 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

抗ウイルス薬 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合：○リバビリン ○ロピナビル/リトナビル ○ノイラミニダーゼ阻害薬

○インターフェロンα ○インターフェロンβ ○その他、薬品名： _____

抗生物質 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、薬品名： _____

ルチコステロイドですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、投与経路：○経口 ○経静脈 ○吸入

はいと答えた場合、薬の種類および最大容量/日： _____

抗真菌薬ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、薬品名： _____

抗マラリア薬 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、薬品名： _____

非承認薬 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、薬品名： _____

非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、具体的に記入してください： _____

支持療法：入院中 (任意の時間に) 被験者は以下の治療を受けましたか：

ICU またはハイケアユニットに入室しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、総滞在日数： _____ 日間

ICU 入室日： [日] [日] [月] [月] [2] [0] [年] [年] ☐ 該当しない

ICU 退出日： [日] [日] [月] [月] [2] [0] [年] [年] ☐ ICU での最終転帰 ☐ 該当しない

酸素療法を実施しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、以下の全ての質問にお答えください。投与期間： _____ 日間

酸素投与量： ☐ 01-5 L/分 ☐ 06-10 L/分 ☐ 011-15 L/分 ☐ >15 L/分

酸素供給源： ☐ 酸素パイプ ☐ 酸素ボンベ ☐ 酸素濃縮器

インターフェイス： ☐ 鼻カニュラ ☐ 高流量鼻カニュラ ☐ マスク ☐ リザーバ付マスク ☐ CPAP/NIV マスク

非侵襲的換気ですか？ (例：BIPAP、CPAP) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、総実施期間： _____ 日間

侵襲的換気(種類は問わず)ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、総実施期間： _____ 日間

体外式膜型人工肺(ECMO) ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、総実施期間： _____ 日間

腹臥位換気 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、総実施期間： _____ 日間

腎代替療法 (RRT) または透析ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

強心薬/昇圧剤 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 はいと答えた場合、総実施期間： _____ 日間

転帰

当患者は懸念される変異株(VOC)に感染していますか？

☐ 不明

☐ いいえ、変異株は知られており、確認された変異株はない

☐ はい、デルタ - B.1.617.2、2020 年 10 月に確認されました。

☐ はい、オミクロン - B.1.1.529、2021 年 11 月に確認されました。

☐ はい、アルファ - B.1.1.7、2020 年 9 月に英国で確認されました。

☐ はい、ベータ - B.1.351、2020 年 5 月に南アフリカで確認されました。

☐ はい、ガンマ - P.1、2020 年 11 月にブラジルで確認されました。

☐ はい、エプシロン - B.1.427/B.1.429、2021 年 3 月に米国で確認されました。

☐ はい、ゼータ - P.2、2020 年 4 月にブラジルで確認されました。

☐ はい、エーター - B.1.525、2020 年 12 月に複数の国で確認されました。

☐ はい、テータ - P.3、2021 年 1 月にフィリピンで確認されました。

☐ はい、イオタ - B.1.526、2020 年 11 月に米国で確認されました。

☐ はい、カッパ - B.1.617.1、2020 年 10 月にインドで確認されました。

☐ はい、ラムダ - C.37、2020 年 12 月にペルーで確認されました。

☐ はい、ミュー - B.1.621、2021 年 1 月にコロンビアで確認されました。

☐ はい、上記に記載されていない変異株

上記に記載されていない変異株に関しては、REDCAP データベースをチェックしてください。新変異株は確認されたときに追加されます。

オミクロン変異株が確認された場合に、それを確認するために用いられた方法は何ですか？

□ゲノム配列 □S-遺伝子ターゲット障害 (SGTF) テスト □PCR 解析 □不明あるいは未検証

転帰: ☐退院☐入院中☐他の施設への転院☐死亡☐緩和的退院☐不明

転归日:[_日_] [_日_] / [_月_] [_月_] / [_2_] [_0_] / [_年_] [_年_] ☐ 不明

退院の場合: 退院時と病気前のセルフケア能力: ☐罹患前と同じ☐悪化☐改善☐不明