200　年　　月～　　月分　No.

ムンプス難聴調査患者一覧表　　施設名：　　報告者：

No	初診or診断日 年	月	日	ID番号	イニシャル	年齢 才	男：M 女：F	ワクチンの既往(あり：1、なし：0)	調査へ参加あり：1 なし：0	調査票回収済：1、電話確認：2、未：0	聴力障害（あり：1、なし：0） 初診時	経過中	備考（髄膜炎、脳炎など）「参加なし」の場合その理由（低年齢：A、その他の検査不能：B、不同意：C）

経過中に聴力障害が発生した症例は、別紙「ムンプス難聴発症者調査票」への記載をお願いします

近畿外来小児科学研究グループ（KAPSG）