疫学調査　個人票　（初診時・入院時用）

日本小児科学会　日本集中治療医学会　日本小児循環器学会　日本川崎病学会
「重症小児 COVID-19 登録及び MIS-C 全国調査共同研究」

貴施設名：　　記載者ご氏名：

記載者 email アドレス　　記載年月日：　　年　月　日

この票は実態把握のためにのみ使用し、個人の秘密は厳守します。該当する番号を選択、又はご記入下さい。

調査対象者番号 別紙対応表　参照		性別	○ 1.男 ○ 2.女	生年月	西暦　　年　　月
				居住都道府県	発病時：(　　)・□不明
貴施設初診年月日	西暦　　年　　月　　日			推定発症年月日	西暦　　年　月　日
確定診断した医療機関	○ 1.貴施設　○ 2.他施設			確定診断年月日	西暦　　年　月　日
貴施設入院年月日	西暦　　年　月　日			貴施設退院年月日	西暦　　年　月　日

Q1　本症例は　**重症・中等症 COVID-19　or　MISC　or　KD**　のいずれに該当しますか。　☑をしてください。
* 診断基準は添付資料をご参照ください。
*** 判断に迷う場合は、該当すると思われる全ての項目に☑をしてください。**

□　重症・中等症小児 COVID-19	→　**A. 基本情報**に加え、C. 臨床症状”以降にお答え下さい。“**B**”への**回答は不要です**。
□　小児多系統炎症性症候群 (MIS-C)	→　**A. 基本情報**に加え、下の ”**B-1**” の **MIS-C** の項目をお答え下さい。
□　SARS-CoV-2 (+) の川崎病	→　**A. 基本情報**に加え、下の ”**B-2**” の**川崎病**の項目をお答え下さい。

A. 基本情報：すべての症例についてご回答ください。

身長	cm	体重	kg	周産期情報 （1 歳未満の場合のみ）	○ 1．早産児 (在胎　　週) ○ 2．低出生体重児（出生児体重　　g） ○ 3．その他（　　）
川崎病既往歴	○ 1．あり		○ 2．なし	○ 3．不明	
家族の川崎病既往歴	○ 1．あり (□1. 父 □2. 母 □3. 同胞)		○ 2．なし	○ 3．不明	

基礎疾患 記入要項参照

○ 1．あり　○ 2．なし　○ 3．不明

1．ありの場合には小児科学会が提言している『新型コロナウイルスワクチン接種に関する、小児の基礎疾患の考え方および接種にあたり考慮すべき小児の基礎疾患等』を参考に、以下のあてはまる番号あるいは記号を選択し、（　）に疾患名を記入してください。（複数回答可）

□1．慢性呼吸器疾患（□a 慢性呼吸器疾患（気管支喘息除く）□ b. コントロール不良の難治性喘息
□2．慢性心疾患（　　）　□3．慢性腎疾患（　　）
□4．神経疾患・神経筋疾患(□a 脳性麻痺　□ b 難治性てんかん/神経疾患　□ c 染色体異常症　□d 重症心身障害児　□e マスク着用が困難な神経発達症）
□5．血液疾患（　　）
□6．糖尿病・代謝性疾患（　　）　□7．悪性腫瘍（小児固形腫瘍）
□8．関節リウマチ・膠原病（　　）　□ 9．内分泌疾患（　　）
□１０．消化器疾患・肝疾患等（　　）
□１１．先天性免疫不全症候群、HIV 感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態　（　　）
□１２．高度肥満　□ １３．医療的ケア児
□１４．施設入所や長期入院の児　□１５．摂食障害

入院時所見

呼吸数	回/分	酸素飽和度	%	心拍数	回/分	血圧	/ mmHg
体温	℃	急速輸液が必要な脱水	○ 1．あり　○ 2．なし			Capillary refill time	秒
入室前 Pediatric Cerebral Performance Category　(PCPC) 1～ 5 を選択し、○をして下さい。**（記入要項参照）**			○ 1　○ 2　○ 3　○ 4　○ 5				

B. 選択基準：Q1 で MIS-C あるいは SARS-CoV-2 (+) の川崎病を選択した場合に、お答えください。

B-1：Q1 で MIS-C を選択した場合は、以下のあてはまる番号に○をしてください。

1．21 歳未満	○ 1．該当あり	○ 2．該当なし	○ 3．不明
2．24 時間以上続く 38 度を超える発熱　あるいは 24 時間以上続く自己申告の発熱	○ 1．該当あり	○ 2．該当なし	○ 3．不明
3．炎症を示す血液検査所見（ＣＲＰ・ＥＳＲ・フィブリ	○ 1．該当あり	○ 2．該当なし	○ 3．不明

ノーゲン・カルシトニン・Dーダイマー・フェリチン・LDH・IL-6・好中球上昇・リンパ球減少・低アルブミンなど）			
４．入院を要し臨床的に重篤である（2 つ以上の臓器にわたる） **該当する全ての臓器の番号に○をしてください**	○１．該当あり □1．心臓（例：ショック、トロポニン・BNP 上昇、心エコー異常、不整脈） □2．腎臓（例：急性腎障害、腎不全） □3．呼吸器（例：,肺炎、呼吸急迫症候群、肺塞栓） □4．血液（例：D-d dimer 高値、出血・血栓傾向） □5．消化器（例：高ビリルビン血症、肝逸脱酵素上昇、腹痛下痢嘔吐） □6．皮膚（例：皮疹、粘膜病変、結膜炎） □7．神経（例：痙攣、無菌性髄膜炎、脳症、意識の変容）	○２．該当なし	○３．不明
５．他に除外する診断がない	○１．はい	○２．いいえ	○３．不明
６．最近の SARS-COV-2 感染の確認	○１．RT-PCR	○２．抗体	○３．抗原
７．症状出現の 2-6 週間以内に COVID-19 患者と接触している	○該当あり 接触日:西暦　　年　　月　　日	○２．該当なし	○３．不明

B-2：Q1 で川崎病を選択した場合は、以下のあてはまる番号に○をしてください。（複数回答可）

□１．発熱　□２．両側眼球結膜充血　□３．口唇、口腔所見 (口唇の紅潮、いちご舌、口腔咽頭粘膜のびまん性発赤)
□４．発疹（BCG 接種痕の発赤を含む）　□５．四肢末端の変化　（手足の硬性浮腫、手掌足底または指趾先端の紅斑）
□６．非化膿性頸部リンパ節腫脹　□７．冠動脈病変

川崎病診断基準	/ 6	川崎病　病型	○１．完全型	○２．不全型

C. 臨床症状 ：すべての症例についてご回答ください。

１．ありの場合には詳細な症状についてあてはまる番号に○をしてください。（複数回答可）

コロナ感染のような症状の先行がありましたか？	○１．はい コロナ感染の症状の出現時期 西暦　　年　月　日	○２．いいえ	○３．不明
発熱	○１．あり • 推定発熱開始日：西暦　　年　月　日 • 最高体温：　　℃ • 発熱期間：　　日	○２．なし	○３．不明
心臓	○１．あり □1．胸痛　□２．ショック □３．トロポニン上昇 □４．BNP/NT-pro BNP 上昇 □５．心エコー異常所見 □６．不整脈 □７．その他（　　）	○２．なし	○３．不明
腎臓	○１．あり □１．急性腎障害 □２．腎不全 □3.その他（　　）	○２．なし	○３．不明
呼吸器	○１．あり □1．多呼吸 □２．呼吸困難・陥没呼吸 □３．咳嗽 □４．喘鳴 □５．息切れ □６．咽頭痛 □7.鼻汁 □８.耳痛 □９．その他（　　）	○２．なし	○３．不明
血液	○１．あり □１．D-dimer 高値 □２．出血・血栓形成傾向 □３．その他（　　）	○２．なし	○３．不明
消化器	○１．あり □１．腹痛 □２．嘔吐 □３．下痢 □４．ビリルビン上昇 □５．肝酵素上昇	○２．なし	○３．不明
発疹	○１．あり □1．多形性 □２．斑状丘疹 □３．紫斑状 □４．非水疱性 □５．その他（　　）	○２．なし	○３．不明
結膜炎	○１．あり □１．羞明 □２．眼痛 □３．結膜充血	○２．なし	○３．不明
粘膜病変	○１．あり □1．口唇発赤 □２．いちご舌 □３．咽頭発赤 □４．咽頭痛 □５．その他(　　)	○２．なし	○３．不明
神経	○１．あり □１．頭痛 □２．意識障害 □３．錯乱 □４．嗜眠 □５．けいれん □６．易刺激性 □７．気分の落ち込み □８．失神 □９．その他（　　）	○２．なし	○３．不明
その他	筋肉痛	○１．あり	○２．なし	○３．不明
	関節痛	○１．あり □１.手 □２.肘 □３.膝 □４．その他（　　）	○２．なし	○３．不明
	浮腫	○１．あり □１．手 □２．足 □３．顔面	○２．なし	○３．不明
	頸部リンパ節腫脹	○１．あり	○２．なし	○３．不明

	その他 (　　)		
SARS-CoV-2 の関与	○1．あり 以下、可能な範囲でご回答ください □ 1．PCR (□1．陽性　□ 2．陰性　□ 3.未実施) □ 2．抗体 □1．陽性（種類:　　）□2．陰性 □3．未実施 □ 3．抗原　(□1．陽性　□ 2．陰性　□ 3.未実施) □ 4．ウィルス株（□1．オミクロン株□ 2．デルタ株 □3．その他（　　）□ 4．不明 □ 5．医師の『みなし陽性』(□1．あり　□2．なし) □ 6．COVID-19 濃厚接触 (推定濃厚接触初日：西暦　　年　　月　　日、濃厚接触者：□1．同居家族（続柄：　　）□2．学校 □3．保育園・幼稚園 □4．その他　(　　)	○ 2．なし	○ 3．不明 リセット
川崎病の診断基準を満たす	○ 1．満たす　主要症状　(　　) /6	○ 2．満たさない	○ 3．不明 リセット

D. 検査所見：すべての症例についてご回答ください。

1．血液検査

	入院時 （転院の場合は、転院時）	経過中最高値	最高値の検査日
CRP (mg/dL)			西暦　年　月　日
赤沈 (mm)			西暦　年　月　日
D-dimer (μg/mL)			西暦　年　月　日
フェリチン (ng/mL)			西暦　年　月　日
プロカルシトニン (ng/mL)			西暦　年　月　日
IL-6 (pg/mL)			西暦　年　月　日
トロポニン □T or□ I (ng/mL) （どちらかに○）			西暦　年　月　日
□ BNP or□NT-pro BNP (pg/mL) (どちらかに○)			西暦　年　月　日
アルブミン (g/dL)		（最低値）	西暦　年　月　日
AST (U/L)			西暦　年　月　日
ALT (U/L)			西暦　年　月　日
BUN (mg/dL)			西暦　年　月　日
Cre (mg/dL)			西暦　年　月　日
LDH (U/L)			西暦　年　月　日
トリグリセリド (mg/dL)		（最低値）	西暦　年　月　日
HDL - cholesterol		（最低値）	西暦　年　月　日
ＷＢＣ (/μL)			西暦　年　月　日
好中球 (%)			西暦　年　月　日
リンパ球 (%)		（最低値）	西暦　年　月　日
Ｈｂ (g/dL)		（最低値）	西暦　年　月　日
血小板(×10^4/μL)		（最低値） （最高値）	西暦　年　月　日 西暦　年　月　日
Na (mEq/L)		（最低値）	西暦　年　月　日
尿中白血球数			西暦　年　月　日

2．心臓超音波検査

	初回　検査日 (西暦　年　月　日)	経過中最悪値　検査日 (西暦　年　月　日)	退院前　検査日 (西暦　年　月　日)
LVEF M mode / Modified Simpson	%　/　%	%　/　%	%　/　%
冠動脈 Z スコア（LMCA）		(最大値)	
冠動脈 Z スコア（LAD）		(最大値)	
冠動脈 Z スコア（LCX）		(最大値)	
冠動脈 Z スコア（RCA）		(最大値)	
＊用いた評価方法はどちらですか	○ 1. Zスコア　○ 2. 実測値	***Z スコアなければ冠動脈内径実測値を記載して下さい**	リセット
心のう液貯留	○ 1．あり○ 2．なし リセット		○ 1．あり○ 2．なし リセット
胸水貯留	○ 1．あり○ 2．なし リセット		○ 1．あり○ 2．なし リセット
優位な弁膜病変	○ 1．あり○ 2．なし リセット 部位：□1.僧帽弁□2.三尖弁 □3.大動脈弁□4.肺動脈弁		○ 1．あり○ 2．なし リセット 部位：□1.僧帽弁□2.三尖弁 □3.大動脈弁□4.肺動脈弁

その他特記すべき所見 （自由記載）	

3． 心電図　1．ありの場合には詳細についてあてはまる番号に〇をしてください。（複数回答可）

	初回：検査日　西暦　　年　月　日	**退院前**：検査日 西暦　　年　月　日
不整脈	○ 1．あり○ 2．なし リセット □1．上室性期外収縮 □2．心室性期外収縮 □3.房室 Block (　度) □4．その他（　　）	○ 1．あり○2．なし リセット □1．上室性期外収縮 □2．心室性期外収縮 □3.房室 block (　度)□4．その他（　　）
ST-T 変化	○ 1．あり ○ 2．なし リセット	○ 1．あり ○ 2．なし リセット
その他の所見		

4． 腹部画像　1．ありの場合には詳細についてあてはまる番号に〇をしてください。（複数回答可）

検査実施	○ 1．実施あり □ 1．腹部超音波検査 □2．CT □3．その他（　　）	○2．実施なし リセット
腹部画像結果	□1．正常 □2．腸間膜リンパ節腫大 □3．腹水 □4．その他（　　）	

5． 胸部画像　1．ありの場合には詳細についてあてはまる番号に〇をしてください。（複数回答可）

検査実施	○1．実施あり □ 1．胸部レントゲン検査 □2．CT□3．その他（　　）	○2．実施なし リセット
胸部画像結果	□ 1．正常 □2．肺炎 □3．無気肺□4．胸水 □5．その他（　　）	

6． その他の検査 (自由記載)

E. 治療：すべての症例についてご回答ください。

1．ありの場合には詳細についてあてはまる番号に〇をしてください。（複数回答可）

ICU 入室	○ 1.　あり **別紙 “I　ICU 情報” の項目にも記入して下さい。**	○ 2.なし リセット
カテコラミン	○ 1．実施あり 種類：□1．ドパミン (DOA) □2．ドブタミン (DOB) □3．エピネフリン(E) □4．ノルエピネフリン (NE) □5．バソプレシン (V) □6．フェニレフリン (P) □7．ミルリノン (MIL)・オルプリノン (OLP) さらに、以下のあてはる番号に○をしてください。 □ 1 . DOA < 5γ/ DOB / MIL □ 2 . DOA 5 – 15 γ/ E or NE < 0.1γ / V or P □ 3 . DOA > 15γ / E or NE > 0.1 γ	○ 2．未実施 リセット
呼吸管理	○ 1．実施あり □ 1．酸素療法 □2 . High flow 鼻カヌラ□3. NIV (非侵襲的換気) □ 4．侵襲的陽圧換気　（**別紙 ” J ”の項目にも記入してください**） □ 5．体外式膜型人工肺 (ECMO)(**別紙 “K” の項目にも記入してください**) □ 6．筋弛緩薬 □7．一酸化窒素吸入 □8．腹臥位 □9．気管切開 □１０．その他（　　）	○2．未実施 リセット
IVIG	○ 1．実施あり　　総使用量：　　g/kg	○ 2．未実施 リセット
ステロイド	○ 1．併用あり ステロイドの種類： □ 1．PSL　投与方法:　mg/kg/日　を　日 □ 2．mPSL　投与方法:　mg/kg/日　を　日 □ 3．HDC(Hydrocortisone)　投与方法:　mg/kg/日　を　日 □ 4．その他（　　）　投与方法:　mg/kg/日　を　日	○ 2．未実施 リセット
IVIG とステロイドの併用 (初期治療)	○ 1．併用あり	○ 2．併用なし リセット
追加治療 （IVIG 追加も含む）	○ 1．実施 種類：	○ 2．未実施 リセット
アスピリン	○ 1．実施	○ 2．未実施 リセット
ヘパリン	○ 1．実施	○ 2．未実施 リセット

ワーファリン	○ 1．実施	○ 2．未実施
免疫調節剤	○ 1．実施 □ 1．Anakinra □ 2．Tocilizumab □ 3．その他（　　）	○ 2．未実施
その他の治療		

F. ワクチン情報：すべての症例についてご回答ください。

1．ありの場合には詳細についてあてはまる番号に○をしてください。（複数回答可）

COVID-19 のワクチン接種歴	○ 1．あり ○ 2．なし 1のとき、発病までに何回接種していましたか？ また、それぞれのワクチン会社の種類についても右欄から選んで記載して下さい。 ○1．1回　○2．2回　○3．3回 1回目（接種日：西暦　　年　　月　　日）種類（　　） 2回目（接種日：西暦　　年　　月　　日）種類（　　） 3回目（接種日：西暦　　年　　月　　日）種類（　　）	COVID-19 のワクチン会社の種類	1．ファイザー 2．モデルナ 3．アストラゼネカ 4．その他 5．不明

G. 転帰：すべての症例についてご回答ください。

退院時	○1．生存　○ 2．死亡	
退院時 Pediatric Cerebral Performance Category (PCPC) 1～ 6を選択し、○をして下さい。	□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5　□ 6	
28 日後生存	○ 1．生存　○ 2．死亡 2．死亡の場合以下の質問にご回答ください 死亡日：西暦　　年　　月　　日 死亡場所：□ 1．ICU □ 2．病院 (ICU 外) □ 3． 院外 □ 4．その他(　　) 死亡原因：	
退院後医療デバイス	○ 1．あり □ 1．酸素 □ 2．胃管チューブ □ 3．その他（　　）	○ 2．なし
合併症（複数回答可）	□ 1．うっ血性心不全　□ 2．心筋炎　□ 3．心停止 □ 4．肝不全　□ 5．消化管出血 □ 6．膵炎　□ 7．肺塞栓　□ 8．呼吸窮迫症候群　□ 9．肺炎　□ 10．気胸　□ 11．脳卒中　□ 12．脳炎脳症、無菌性髄膜炎　□ 13．貧血　□ 14．横紋筋融解/ 筋炎 □ 15． 血糖異常 (高血糖、低血糖)　□ 16．その他（　　）	

H. その他： 特記事項　（自由記載）