



**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・ フィブリノーゲン・カルシトニン・D-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)	1. 該当あり	2. 該当なし	3. 不明
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)	1. 該当あり	2. 該当なし	3. 不明
→ 「1. 該当あり」の場合のみ、該当する全ての臓器の番号に☑をしてください 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-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)			
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	1. 該当あり	2. 該当なし	3. 不明
→ 「1. 該当あり」の場合、以下の質問にご回答ください 接触日： 西暦 年 月 日			

**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。(複数選択可)**

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	2. いいえ	3. 不明
	→ 「1. はい」の場合、以下の質問にご回答ください コロナ感染の症状の出現時期 西暦 年 月 日		
COVID-19感染急性期：			
ア. SARS-CoV-2遺伝子 実施 →	検査年月日： 年 月 日	検査法： PCR法 LAMP法 その他 ( 法)	
未実施	結果： 1. 陽性 2. 陰性	複数回検査された場合は、下に検査年月日、検査法、結果を記載してください ( )	
イ. 抗SARS-CoV-2抗体 実施 →	種類： 抗S抗体	結果： 1. 陽性 2. 陰性	検査年月日： 年 月 日
未実施	抗N抗体	結果： 1. 陽性 2. 陰性	検査年月日： 年 月 日
	中和抗体	結果： 1. 陽性 2. 陰性	検査年月日： 年 月 日
	その他 ( )	結果： 1. 陽性 2. 陰性	検査年月日： 年 月 日
	複数回検査された場合は、下に検査年月日、検査の種類、結果を記載してください ( )		
ウ. SARS-CoV-2抗原 実施 →	検査年月日： 年 月 日	検査法： 抗原定量検査 抗原定性検査 その他 ( )	
未実施	結果： 1. 陽性 2. 陰性	複数回検査された場合は、下に検査年月日、検査法、結果を記載してください ( )	

エ. 変異株検査		検査年月日： 年 月 日
実施	→	種類： 1. オミクロン株 2. デルタ株
未実施		3. その他 ( ) 4. 不明
オ. 医師の『みなし陽性』		みなした年月日： 年 月 日
		みなし陽性： 1. あり 2. なし
カ. COVID-19濃厚接触		推定濃厚接触年月日： 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 ( )
発熱	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 推定発熱開始日： 西暦 年 月 日 最高体温： °C 発熱期間： 日	
心臓	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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 ( )	
腎臓	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1.急性腎障害 2.腎不全 3.その他 ( )	
呼吸器	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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 ( )	
血液	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1.D-dimer高値 2.出血・血栓形成傾向 3.その他 ( )	
消化器	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1.腹痛 2.嘔吐 3.下痢 4.ビリルビン上昇 5.肝酵素上昇	
発疹	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1.多形性 2.斑状丘疹 3.紫斑状 4.水疱性 5.その他 ( )	
	BCG接種歴	1.あり 2.なし 3.不明
	→ BCG接種歴ありの場合	BCG接種部位の発赤： 1.あり 2.なし 3.不明 発赤出現時期： 西暦 年 月 日
結膜炎	指先からの膜様落屑 1.あり 2.なし 3.不明	
	1.あり 2.なし 3.不明	
		→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1.羞明 2.眼痛 3.結膜充血
粘膜病変	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1.口唇発赤 2.いちご舌 3.咽頭発赤 4.咽頭痛 5.その他 ( )	
神経	1.あり 2.なし 3.不明	
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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 ( )	
その他	筋肉痛	1.あり 2.なし 3.不明
	関節痛	1.あり 2.なし 3.不明
		→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1.手 2.肘 3.膝 4.その他 ( )

その他	浮腫	1.あり	2.なし	3.不明
		→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください		
		1.手	2.足	3.顔面
	頸部リンパ節腫脹	1.あり	2.なし	3.不明
	その他	その他 ( )		
MIS-C/川崎病				
受診時/診断時におけるSARS-CoV-2の関与				
		1.あり	2.なし	3.不明
→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください				
ア. SARS-CoV-2遺伝子	検査年月日:	年	月	日
実施 →	検査法:	PCR法	LAMP法	その他 ( 法)
未実施	結果:	1.陽性	2.陰性	
複数回検査された場合は、下に検査年月日、検査法、結果を記載してください ( )				
イ. 抗SARS-CoV-2抗体	種類:	抗S抗体	結果:	1.陽性 2.陰性
実施 →			検査年月日:	年 月 日
未実施		抗N抗体	結果:	1.陽性 2.陰性
			検査年月日:	年 月 日
		中和抗体	結果:	1.陽性 2.陰性
			検査年月日:	年 月 日
		その他	結果:	1.陽性 2.陰性
		( )	検査年月日:	年 月 日
複数回検査された場合は、下に検査年月日、検査の種類、結果を記載してください ( )				
ウ. SARS-CoV-2抗原	検査年月日:	年	月	日
実施 →	検査法:	抗原定量検査	抗原定性検査	その他 ( )
未実施	結果:	1.陽性	2.陰性	
複数回検査された場合は、下に検査年月日、検査法、結果を記載してください ( )				
エ. 変異株検査	検査年月日:	年	月	日
実施 →	種類:	1.オミクロン株	2.デルタ株	
未実施		3.その他 ( )	4.不明	
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

**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 I (ng/mL) (どちらかに☑)			西暦 年 月 日
BNP 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
Tbil(mg/dl)			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

	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
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
		(WBC)	/μL ※同日のWBC値を記入してください ◀
Hb (g/dL)		(最低値)	西暦 年 月 日
血小板(×10 <sup>4</sup> /μL)		(最低値)	西暦 年 月 日
		(最高値)	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 (西暦 年 月 日)	検査日	経過中最悪値 (西暦 年 月 日)	検査日	退院前 (西暦 年 月 日)	検査日
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(mm)を記載して下さい						
心のう液貯留	1. あり	2. なし			1. あり	2. なし
胸水貯留	1. あり	2. なし			1. あり	2. なし
有意な弁膜病変	1. あり	2. なし			1. あり	2. なし
	→ 「1. あり」の場合 部位： 1. 僧帽弁 2. 三尖弁 3. 大動脈弁 4. 肺動脈弁				→ 「1. あり」の場合 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☑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 → 「1. あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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 → 「1. あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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	1. あり 2. なし
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☑をしてください。(複数回答可)

検査実施	1. 実施あり 2. 実施なし → 「1. 実施あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1. 腹部超音波検査 2. CT 3. その他 ( )
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☑をしてください。(複数回答可)

検査実施	1. 実施あり 2. 実施なし → 「1. 実施あり」の場合、以下の質問にご回答ください 1. 胸部レントゲン検査 2. CT 3. その他 ( )
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☑をしてください。（複数回答可）

ICU入室	1.あり 2.なし → 「1.あり」の場合、別紙「I ICU情報」の項目にも記入して下さい。
カテコラミン	1.実施あり 2.未実施 → 「1.実施あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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、以下のあてはまる番号に☑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
呼吸管理	1.実施あり 2.未実施 → 「1.実施あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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 ( )
IVIG	1.実施あり (総使用量: g/kg) 2.未実施
ステロイド	1.実施あり 2.未実施 → 「1.実施あり」の場合、以下の質問にご回答ください 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
IVIGとステロイドの併用 (初期治療)	1.併用あり 2.併用なし
追加治療 (IVIG追加も含む)	1.実施 2.未実施 → 「1.実施」の場合、以下の質問にご回答ください 種類: _____
アスピリン	1.実施 2.未実施 → 「1.実施」の場合、以下の質問にご回答ください 投与量: mg/kg/日を 日
ヘパリン	1.実施 2.未実施
ワーファリン	1.実施 2.未実施
免疫調節剤	1.実施 2.未実施 → 「1.実施」の場合、以下の質問にご回答ください 1.Anakinra 2.Tocilizumab 3.その他 ( )
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.あり」のとき、発病までに何回接種していましたか? 1.1回 2.2回 3.3回 4.4回
また、それぞれのワクチン会社の種類についても☑をしてください。（次ページ）	

1回目 (接種日：西暦	年	月	日)		
種類 :	1.ファイザー	(	1価	2価	不明)
	2.モデルナ	(	1価	2価	不明)
	3.アストラゼネカ				
	4.その他(				)
	5.不明				
<hr/>					
2回目 (接種日：西暦	年	月	日)		
種類 :	1.ファイザー	(	1価	2価	不明)
	2.モデルナ	(	1価	2価	不明)
	3.アストラゼネカ				
	4.その他(				)
	5.不明				
<hr/>					
3回目 (接種日：西暦	年	月	日)		
種類 :	1.ファイザー	(	1価	2価	不明)
	2.モデルナ	(	1価	2価	不明)
	3.アストラゼネカ				
	4.その他(				)
	5.不明				
<hr/>					
4回目 (接種日：西暦	年	月	日)		
種類 :	1.ファイザー	(	1価	2価	不明)
	2.モデルナ	(	1価	2価	不明)
	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。**

転院	1.あり	2.なし
退院時	1.生存	2.死亡
退院時 Pediatric Cerebral Performance Category (PCPC)	1～6を選択し、 <input type="checkbox"/> をして下さい。	
	1	2
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	2.なし
	→ 「1.あり」の場合、以下の質問にご回答ください	
	1.酸素	2.胃管チューブ 3.その他( )
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)**

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--