

疫学調査 個人票 (初診時・入院時用) SARS-CoV-2 (-) の川崎病用

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 日本川崎病研究センター
「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

A. 基本情報：

身長	cm	体重	kg
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	• 1. あり • 2. なし • 3. 不明 → 「1. あり」の場合、右に内容をご回答ください (_____)		

入院時所見

呼吸数	回/分	酸素飽和度(room air)	%	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					

B. 症状： 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
上記以外の症状があれば、以下の質問にご回答下さい。 • 1. 胸痛 • 2. ショック • 3. 気道症状(鼻汁、咳嗽等) • 4. 腹痛 • 5. 嘔吐 • 6. 下痢 • 7. BCG接種部位の発赤 • 8. 指先からの膜様落屑 • 9. 神経症状(内容： _____) • 10. その他(内容： _____)	
川崎病発症の3ヶ月以内のCOVID-19もしくは他に罹患した疾患(含む感冒様症状)	• 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 症状の出現時期 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 疾患名(分かれば) (_____)
川崎病受診時/診断時における併発感染症の有無	• 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 感染症名(_____) 検査方法(_____)

C. 検査所見：

1. 血液検査 行っていない検査については回答不要です。

	初回検査時	経過中最高値 (転院の場合は、転院時)	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
トロポニン • T • I (ng/mL)			西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
• BNP • NT-pro BNP (pg/mL)			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
T-bil(mg/dl)			西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ALT (U/L)			西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
Cre (mg/dL)			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) (WBC)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / μL ※同日のWBC値を記入してください ◀

血小板($\times 10^4 / \mu\text{L}$)		(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

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	% /	%	% /	%	% /	%
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. 大動脈弁				→ 「1. あり」の場合 部位： ・ 1. 僧帽弁 ・ 2. 大動脈弁	
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、内容をご回答ください ・ ()	・ 1. あり ・ 2. なし → 「1. あり」の場合、内容をご回答ください ・ ()
ST-T変化	・ 1. あり ・ 2. なし	・ 1. あり ・ 2. なし
その他の所見		

4. その他の検査 (自由記載)

D. 治療：

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
カテコラミン	・ 1. 実施あり ・ 2. 未実施 → 「1. 実施あり」の場合、右に内容をご回答ください ・ 種類 ()
呼吸管理	・ 1. 実施あり ・ 2. 未実施 → 「1. 実施あり」の場合、右に内容をご回答ください ・ 種類 ()
初期治療	治療開始日 西暦 年 月 日 IVIG ・ 1. 実施あり ・ 2. 未実施
初期強化治療	・ 1. 実施あり ・ 2. 未実施 → 「1. 実施あり」の場合、以下に内容をご回答ください ・ 種類 () ・ 投与方法 ()
追加治療 (IVIG追加も含む)	・ 1. 実施 ・ 2. 未実施 → 「1. 実施あり」の場合、右に内容をご回答ください ・ 種類 ()
アスピリン	・ 1. 実施 ・ 2. 未実施
ヘパリン	・ 1. 実施 ・ 2. 未実施
ワーファリン	・ 1. 実施 ・ 2. 未実施
その他の治療	

E. 転帰：

転院	・ 1. あり ・ 2. なし
退院時	・ 1. 生存 ・ 2. 死亡
28日後生存	・ 1. 生存 ・ 2. 死亡 → 「2. 死亡」の場合、右に状況をご回答ください ・ ()

F. その他：特記事項