



川崎病遺伝コンソーシアム 臨床情報記入用紙



病院名

匿名化符号

性別 男 女

人種 両親日本人 片親が日本人 両親が非日本人

川崎病の家族歴 なし 兄弟姉妹 父 母
 第3度近親以内(叔父母、祖父母、甥姪(2度)、いとこなど(3度)までにあたる血縁者)

初回川崎病罹患月齢 歳 ヶ月

川崎病罹患 1回 2回 3回以上 ※複数回川崎病に罹患した患者さんはできるだけ初回発症時の情報をご記入下さい

診断～初期治療

発症日	西暦 20 年 月 日
診断日	西暦 20 年 月 日
主要症状	<input type="checkbox"/> 5症状以上の典型的な川崎病 <input type="checkbox"/> 4症状以下の不全型川崎病
初回IVIG投与	<input type="checkbox"/> 診断日と同日 <input type="checkbox"/> 西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> IVIGなし
初回IVIG投与方法	<input type="checkbox"/> 2g/kg×1回 <input type="checkbox"/> 1g/kg×2回 <input type="checkbox"/> 1g/kg×1回 <input type="checkbox"/> 分割投与 <input type="checkbox"/> その他
その他初期治療	<input type="checkbox"/> PSL <input type="checkbox"/> CyA <input type="checkbox"/> mPSL pulse <input type="checkbox"/> 好中球エラストラーゼ阻害剤 <input type="checkbox"/> その他 ()

治療反応性・冠動脈予後

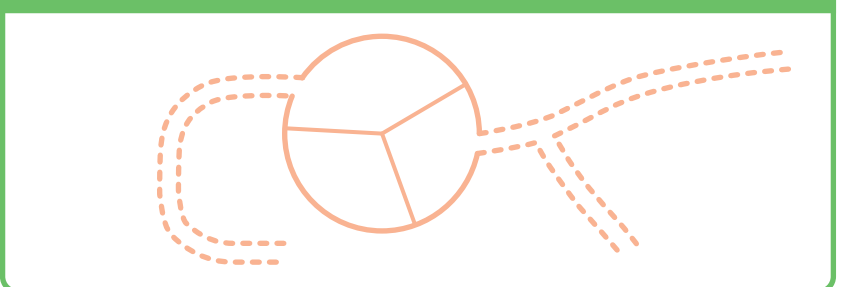
IVIG終了後37.5℃以下になるまでの時間	<input type="checkbox"/> 24時間以内 <input type="checkbox"/> 24時間以降
追加治療の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 理由: <input type="checkbox"/> 不応 <input type="checkbox"/> 再燃 <input type="checkbox"/> その他 ()
1回目の追加治療の内容	<input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> PSL <input type="checkbox"/> mPSL pulse <input type="checkbox"/> mPSL pulse+後療法 <input type="checkbox"/> Infliximab <input type="checkbox"/> CyA <input type="checkbox"/> 血漿交換 <input type="checkbox"/> 好中球エラストラーゼ阻害剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
2回目以降の追加治療の内容すべて	<input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> PSL <input type="checkbox"/> mPSL pulse <input type="checkbox"/> mPSL pulse+後療法 <input type="checkbox"/> Infliximab <input type="checkbox"/> CyA <input type="checkbox"/> 血漿交換 <input type="checkbox"/> 好中球エラストラーゼ阻害剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
冠動脈最大径	<input type="checkbox"/> 3mm未満 <input type="checkbox"/> 3~4mm未満 <input type="checkbox"/> 4~6mm未満 <input type="checkbox"/> 6~8mm未満 <input type="checkbox"/> 8mm以上
冠動脈最大 Z-score	右冠動脈 (.) 左冠動脈 (.)
心血管イベント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 冠動脈内血栓 <input type="checkbox"/> 75%以上の冠動脈狭窄 <input type="checkbox"/> 冠動脈閉塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 突然死

初回川崎病罹患時治療前血液検査結果

白血球数	/μL
好中球%	%
ヘマトクリット	%
血小板数	万/μL
総ビリルビン	mg/dL
AST	IU/L
ALT	IU/L
Na	/mmol
アルブミン	g/dL
CRP	mg/dL

コメント(特筆すべき経過、同胞例の匿名化符号など)

冠動脈シエーマ(病変有りの時のみ記入)



*可能な限り記入をお願いします。