様式１０・１１（裏）　　　　　　　　　　　　　　**川崎病調査票**

≪記入についてのお願い≫　この調査は、川崎病にかかったことのある子どもたちの健康管理を行うため必要です

ので、ご協力をお願いします。

※ あてはまる項目に〇をつけ、内容を記入してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 学部　　　年　　　組 | 名前 | 男  女 |
| 質問１．いつごろ川崎病と診断されましたか　　　（　　　　　　）歳（　　　　　）か月ごろ  質問２．その時みられた症状の項目を〇で囲んでください  　　　　　ア．発熱（38℃以上、５日間以上）　 　イ．発疹　 　ウ．目の充血　　エ．唇の発赤  　　　　　オ．首のリンパ腺（節）のはれ　　　 　 カ．手足のはれ　　　　　 　　キ．手足の皮のめくれ  質問３．そのとき、入院しましたか  　　　　　ア．はい（約　　　日間入院した）　イ．いいえ（約　　　日間通院した）  　　　　　そのときの医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  質問４．そのとき、川崎病による心臓の異常があると言われましたか  　　　　　ア．はい　　　　　　　　　　　　　イ．いいえ  質問５．そのとき、あるいはその後、川崎病のくわしい検査を受けましたか  　　　　　ア．はい　　　　　　　　　　　　　イ．いいえ　　　　　　　　　　　　ウ．わからない  　　　　　　　　［検査の種類］１．心エコー（超音波）　２．心臓カテーテル検査　３．その他（　　　　　）  　　　　　　　　［時期・場所］いつ（　　　　　　　　　）　医療機関名（　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　［結果］１．異常なし　２．異常あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  質問６．その後、川崎病の経過観察のため受診していましたか  ア．はい　　　　　　　　　　　　　イ．いいえ　　　　　　　　　　　　ウ．学校検診のみ  　　　　　　　　［場　　　所］医療機関名（　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　［頻　　　度］年に（　　　　　　）回／（　　　　　　）年  　　　　　　　　［最終受診］（　　　　　　）年（　　　　　　）月  ［次回受診］（　　　　　　）年（　　　　　　）月　　／　　予定なし  質問７．経過観察のための受診を現在していない方だけお答えください  　　　　受診を止める判断は、誰がしましたか  　　　　　ア．医師の判断　　　　　　イ．家族の判断　　　　　ウ．その他（　　　　　　　　　　　　　　）  質問８．現在も川崎病による心臓の異常が残っていると言われていますか  　　　　　ア．はい　　　　　イ．いいえ　　　　１．はじめから異常なし  　　　　　　　その内容　　　　　　　　　　　　２．はじめ異常があったが、発病１～２か月以内になくなった  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３．はじめ異常があったが、発病２か月を過ぎてなくなった  質問９．学校での体育の授業について、主治医から運動制限等の指示がありましたか  　　　　　ア．制限なし　　　　イ．軽い制限あり　　　　ウ．中くらいの制限あり　　　　エ．強い制限あり  オ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  質問10．胸痛または心臓発作を起こしたことがありますか  ア．はい（いつどのような状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　イ．いいえ  質問11．現在、川崎病の後遺症のためにお薬を飲んでいますか  　　　　　ア．はい（薬の名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　イ．いいえ  質問12．川崎病急性期カード（発病当時の症状や治療内容、後遺症の有無を記したカード）を知っていますか  ア．はい　　　　　　　　　　　　　　　イ．いいえ　　　　　　　　　　　　　ウ．わからない  　　　　　　　　　１．持っている  　　２．もらったが、失った  　　３．もらっていない | | | |