

研究施設参加申込書

記入日	西暦	年	月	日	申請者名
施設名					
診療科・教室名					
住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
TEL				FAX	

施設研究責任者名	ふりがな
E-mail	
施設コーディネーター名	ふりがな
E-mail	

病院基本情報

病院種別	<input type="checkbox"/> 大学病院 <input type="checkbox"/> 小児専門病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他	
小児科病床数		床
診療科内のスタッフ	常勤	名
	(うち小児循環器医)	名
	非常勤	名
	レジデント	名
	CRC (治験担当者)	名
年間川崎病患者数	約	名
心エコー術者	<input type="checkbox"/> 小児循環器科医 <input type="checkbox"/> 小児循環器科以外の小児科医 <input type="checkbox"/> 心エコー技師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主に使用する心エコー装置機種名		
追加治療の基本方針 (複数回答可)	初回	<input type="checkbox"/> 1g/kg IVIG <input type="checkbox"/> 2g/kg IVIG <input type="checkbox"/> mPSLパルス <input type="checkbox"/> PSL静注→経口 <input type="checkbox"/> ウリナスタチン <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> インフリキシマブ <input type="checkbox"/> 血漿交換
	2回目	<input type="checkbox"/> 1g/kg IVIG <input type="checkbox"/> 2g/kg IVIG <input type="checkbox"/> mPSLパルス <input type="checkbox"/> PSL静注→経口 <input type="checkbox"/> ウリナスタチン <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> インフリキシマブ <input type="checkbox"/> 血漿交換