

**附表六 全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin(IVIG)
治療川崎病 (Kawasaki Disease) 申請表**

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

A. 臨床症狀

發燒五天或五天以上

且合併下列五項臨床症狀中至少四項：

肢端病變：急性期手掌足底變紅、腫

恢復期從指（趾）尖開始脫皮

多行性皮炎

兩眼眼球結膜充血 (bulbar conjunctiva)

嘴唇及口腔的變化：紅唇、乾裂或草莓舌或咽喉泛紅

頸部淋巴腺腫

B. 實驗檢查數值

紅血球沉降速率 (ESR) _____ C-反應蛋白 _____

血色素(血比容) _____ 血小板 _____

C. 只符合三項臨床症狀，但心臟超音波有冠狀動脈病變

◎ 請注意是否有下列疾病再使用

有	無	疾 病 或 症 狀
		Streptococcal Inf. (如 scarlet fever)
		Viral & rickettsial exanthems
		Drug reaction (eg. Stevens-Johnson syndrome)
		Juvenile rheumatoid arthritis
		Staphylococcal scalded skin syndrome
		Toxic shock syndrome

附註

川崎病診斷標準請參考 IVIG 使用規定

IVIG 限區域醫院(含)以上教學醫院使用

IVIG 限病發十天內使用

申請醫師 _____ 醫事機構章戳 _____

審核意見：