51 拘束型心筋症　臨床調査個人票　（1.新規）

ふりがな 氏　名		性別	1．男 2．女	生年 月日	1．明治 2．大正 3．昭和 4．平成	年　月　日生 （満　歳）
住　所	郵便番号 電話　（　）			出生 都道府県		発病時在住 都道府県
発病 年月日	1.昭和　年　月　日 2.平成　（満　歳）	初診 年月日	1.昭和 2.平成	年　月　日	保険種別	1.政　2.組　3.船 4.共　5.国　6.高
身体障害者 手帳	1.あり（等級＿＿級）2.なし	介護認定	1.要介護（要介護度＿＿）　2.要支援　3.なし			
生活状況	社会活動（1.就労　2.就学　3.家事労働　4.在宅療養　5.入院　6.入所　7.その他（　）） 日常生活（1.正常　2.やや不自由であるが独力で可能　3.制限があり部分介助　4.全面介助）					
受 診 状 況 (最近６ヶ月)	1.主に入院　2.入院と通院半々　3.主に通院（＿＿/月）　4.往診あり　5.入通院なし　6.その他(　)					

既 往 歴	□あり □1肥大型心筋症　□2その他の心筋症　□3心筋炎　□4アミロイドーシス　□5サルコイドーシス □6ヘモクロマトーシス　□7好酸球増多症候群　□8原虫寄生虫感染症　□9悪性新生物 □10放射線治療後　□11アレルギー性疾患　□12自己免疫疾患　□13糖尿病 □14特定薬剤使用・暴露歴（*1）　□15その他（　） □16遺伝子異常　（　） □なし
家 族 歴	（心疾患、突然死を中心に記載して下さい） □あり（　患者との続柄　：　） □なし
病　型	□特発性（病因不明） □２次性（既往歴における該当番号　＝　） □その他　（　）
鑑別診断	1．虚血性心疾患　□できる　□できない 2．弁膜疾患、先天性心疾患　□できる　□できない 3．高血圧性心疾患　□できる　□できない 4．代謝・内分泌性心疾患　□できる　□できない 5．肺性心　□できる　□できない 6．貧血　□できる　□できない 7．神経・筋疾患（筋ジストロフィーを含む）　□できる　□できない 8．中毒性疾患、産褥熱　□できる　□できない
発症経過	発症時期　□６ヶ月未満　□１年未満　□５年未満　□１０年未満　□１０年以上前　□発症時期不明
現病歴	1．初発症状　□息切れ□全身倦怠感□浮腫□動悸・失神□血栓塞栓症□その他(　)□なし 2．現在の症状　□息切れ□全身倦怠感□浮腫□動悸・失神□血栓塞栓症□その他(　)□なし
検査所見	1．身体所見　（検査日：　年　月　日） 血圧　（　/　mmHg）　脈拍　/分　呼吸回数　/分　SpO2　% 心雑音□あり（□収縮期　□拡張期）□なし　III音□あり□なし　IV音□あり□なし 頸静脈怒張　□あり　□なし　肺湿性ラ音□あり□なし　肝腫大　□あり□なし　浮腫　□あり□なし NYHA心機能分類　□Ⅰ□IIs□IIm□III□IV　peakVO_2（　ml/min/kg） 2．胸部レントゲン所見　（検査日：　年　月　日） うっ血　□あり□なし　胸水　□あり□なし　心胸比　%　□その他（　） 3．心電図所見　（検査日：　年　月　日） 洞調律　□あり　□なし　□低電位　心拍数　/分　心房細動　□あり　□なし 心室期外収縮　□あり（Lown　度）□なし　心室頻拍　□あり　□なし 伝導異常　□Ⅰ°□II°□III°　□SSS　□右脚ブロック　□左脚ブロック　□心室内伝導障害 PQ時間（　msec）　QRS時間（　msec）　QT時間（　msec） 異常Q波　□あり　□なし　ST-T異常　□あり　□なし　□その他（　）

検査所見

4. 心エコー図所見　(検査日：　年　月　日)
検査時調律（　）　心拍数　/分
左室内径 Dd　mm　Ds　mm　左室駆出分画　%
左室壁厚 IVS　mm　PW　mm　左房径　mm　下大静脈径　mm
右室内径 RVD　mm　心のう液 □あり □なし　心膜肥厚 □あり □なし
左室壁運動低下 □あり（部位：　）□なし
拡張能 E　cm/sec A　cm/sec　DcT　msec　E'　cm/sec
僧帽弁逆流 □あり（　度）□なし 三尖弁逆流 □あり（圧格差　mmHg）□なし
□その他（　）

5. 血液検査（実施日　年　月　日）

WBC＿＿ /mm^3	RBC＿＿ ×10^4/mm^3	Hb＿＿ g/dl	Ht ＿＿ %
TP＿＿ g/dl	Alb＿＿ g/dl	AST＿＿ IU/l	ALT＿＿ IU/l
ALP＿＿ IU/l	LDH＿＿ IU/l	CK＿＿ IU/l	BUN＿＿ mg/dl
Cr＿＿ mg/dl	UA＿＿ mg/dl	Na＿＿ mEq/	K ＿＿ mEq/l
Cl ＿＿ mEq/l	BS＿＿ mg/dl	CRP＿＿ mg/dl	BNP＿＿ pg/ml

HCV抗体 ＿＿

6. CT 所見　心膜肥厚 □あり □なし　(検査日：　年　月　日)
MRI 所見　心膜肥厚 □あり □なし　(検査日：　年　月　日)

7. 心臓カテーテル検査所見　(検査日：　年　月　日)
肺動脈圧　/　(m=　mmHg) 右室圧　/　(EDP　)
大動脈圧　/　(m=　mmHg) 左室圧　/　(EDP　)
拡張末期圧 圧格差（　mmHg）
肺動脈楔入圧 m = mmHg　心拍出量 CO/CI　/
左室造影所見
□正常 □異常（　）左室駆出分画　%
冠動脈造影所見
□正常 □異常（　）

8. シンチグラム □施行（検査日：　年　月　日）□未施行
壁運動低下 □あり（左室駆出分画　%）□なし
その他異常所見（　）

9. 心内膜下生検 病理所見 □正常 □異常　(検査日：　年　月　日)

治療内容

薬剤名と一日投与量を記載してください。

□ ジギタリス（薬品名　）（用量　）	□ 血管拡張薬（薬品名　）（用量　）
□ ACE阻害薬（薬品名　）（用量　）	□ カテコラミン（薬品名　）（用量　）
□ AⅡ拮抗薬（薬品名　）（用量　）	□ その他薬剤（薬品名　）（用量　）
□ β遮断薬（薬品名　）（用量　）	□ 補助循環（　）

医療上の問題点

【WISH 入力不要】

医療機関所在地

記載年月日：

医療機関名

平成　年　月　日

医師の氏名　印

（軽快者の症状が悪化した場合のみ記載）
症状が悪化したことを医師が確認した年月日　平成　年　月　日

特定疾患登録者証交付年月日　平成　年　月　日

*1: アントラサイクリン系抗がん剤、セロトニン、エルゴタミン、ブスルファン、水銀化合物など。

留意事項：①原則として６ヵ月以内の資料に基づき記入すること。
②心電図、心エコー図（実画像またはレポートのコピー。ただし、心エコー図での評価が十分に得られない場合には、CT、MRI、心筋シンチグラフィ、左室造影などでの代替も可。）を添付すること。
③可能であれば、その他画像検査、心筋生検所見のコピーも添付すること。

51 拘束型心筋症　臨床調査個人票　（2.更新）

ふりがな 氏　名		性別	3．男 4．女	生年 月日	1．明治 2．大正 3．昭和 4．平成	年　月　日生 （満　歳）	
住　所	郵便番号 電話　（　）			出生 都道府県		発病時在住 都道府県	
発病 年月日	1.昭和　年　月　日 2.平成　（満　歳）	初診 年月日	1.昭和 2.平成	年　月　日	保険種別	1.政　2.組　3.船 4.共　5.国　6.高	
身体障害者 手帳	1.あり（等級＿＿級）2.なし	介護認定	1.要介護（要介護度＿＿）　2.要支援　3.なし				
初回認定 年月日	平成　年　月　日						
生活状況	社会活動（1.就労　2.就学　3.家事労働　4.在宅療養　5.入院　6.入所　7.その他（　）） 日常生活（1.正常　2.やや不自由であるが独力で可能　3.制限があり部分介助　4.全面介助）						
受 診 状 況 (最近６ヶ月)	1.主に入院　2.入院と通院半々　3.主に通院（＿＿/月）　4.往診あり　5.入通院なし　6.その他(　)						

前回申請時 からの変化	□軽快　□不変　□徐々に悪化　□急速に悪化 □その他(　)
自覚症状 の変化	□息切れ　(□増強　□不変　□軽快　□なし) □全身倦怠感　(□増強　□不変　□軽快　□なし) □浮腫　(□増強　□不変　□軽快　□なし) □動悸・失神　(□増強　□不変　□軽快　□なし) □血栓塞栓症　(□増強　□不変　□軽快　□なし) □その他（　）(□増強　□不変　□軽快　□なし)
検 査 所 見	1．身体所見の変化　(検査日：　年　月) □あり（　） □なし 血圧（　/　mmHg）　脈拍　/分 NYHA心機能分類　□Ⅰ □IIs □IIm □III □IV　peakVO_2（　ml/min/kg） 2．胸部レントゲン所見の変化　(検査日：　年　月　日) □あり（　） □なし　心胸比　% 3．心電図所見の変化　(検査日：　年　月　日) □あり（　） □なし 4．心エコー図所見の変化　□あり □なし　(検査日：　年　月　日) 検査時調律（　）　心拍数　/分 左室内径 Dd　mm Ds　mm　左室駆出分画　% 左室壁厚 IVS　mm PW　mm　右室内径 RVD　mm 拡張能 E　cm/sec A　cm/sec　DcT　msec　E'　cm/sec 心のう液 □あり □なし 心膜肥厚 □あり □なし その他変化 □あり（　）□なし 5．血液検査（実施日　年　月　日） WBC＿＿ /mm^3　RBC＿＿ $\times 10^4$ /mm^3　Hb＿＿ g/dl　Ht ＿＿ % TP＿＿ g/dl　Alb＿＿ g/dl　AST＿＿ IU/l　ALT＿＿ IU/l ALP＿＿ IU/l　LDH＿＿ IU/l　CK＿＿ IU/l　BUN＿＿ mg/dl Cr＿＿ mg/dl　UA＿＿ mg/dl　Na＿＿ mEq/　K ＿＿ mEq/l Cl ＿＿ mEq/l　BS＿＿ mg/dl　CRP＿＿ mg/dl　BNP＿＿ pg/ml HCV抗体 ＿＿

治療内容	薬剤名と一日投与量を記載してください。 □ ジギタリス（薬品名　　） （用量　　）	□ 血管拡張薬　（薬品名　　） （用量　　）
	□ ACE阻害薬（薬品名　　） （用量　　）	□ カテコラミン　（薬品名　　） （用量　　）
	□ AⅡ拮抗薬　（薬品名　　） （用量　　）	□ その他薬剤　（薬品名　　） （用量　　）
	□ β遮断薬　（薬品名　　） （用量　　）	□ 補助循環　（　　）

医療上の問題点

【WISH 入力不要】

医療機関所在地

記載年月日：

医療機関名

平成　　年　　月　　日

医師の氏名　　印

（軽快者の症状が悪化した場合のみ記載）

症状が悪化したことを医師が確認した年月日　　平成　　年　　月　　日

特定疾患登録者証交付年月日　　平成　　年　　月　　日

留意事項：①原則として６ヵ月以内の資料に基づき記入すること。

②心電図、心エコー図（実画像またはレポートのコピー。ただし、心エコー図での評価が十分に得られない場合には、CT、MRI、心筋シンチグラフィ、左室造影などでの代替も可。）を添付すること。

2009-10-01