

## 51 拘束型心筋症 臨床調査個人票 (1.新規)

ふりがな			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 (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 年 月 日 2. 平成	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妊婦求多症候群 8原虫寄生虫感染症 9悪性新生物 10放線線治療後 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 音 あり なし 音 あり なし 経胸壁心音 あり なし 肺動脈音 あり なし 肺腫大 あり なし 浮腫 あり なし NYHA心機能分類 s m peakVO <sub>2</sub> ( 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 心房腫動 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 。 。 。 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)			
	検査時心拍数	( )	心拍数	/分
	左室内径 Dd	mm	Ds	mm
	左室壁厚 IVS	mm	PW	mm
	右室内径 RVD	mm	左房径	mm
	左室壁瘤加低下	あり (部位: )	なし	
	拡張能 E	cm/sec	A	cm/sec
	僧帽弁逆流	あり ( )	なし	三尖弁逆流
	その他 ( )			
5.血液検査 (実施日 年 月 日)				
WBC	/mm <sup>3</sup>	RBC	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
TP	g/dl	Alb	g/dl	
ALP	IU/l	LDH	IU/l	
Cr	mg/dl	UA	mg/dl	
Cl	mEq/l	BS	mg/dl	
HCV抗体				
6. CT 所見 心臓肥厚 あり なし (検査日: 年 月 日)				
MRI 所見 心臓肥厚 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 )	
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				
壁瘤加低下 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 )		血管拡張薬 (薬品名 )	
	(用量 )		(用量 )	
	ACE阻害薬 (薬品名 )		カテコラミン (薬品名 )	
(用量 )		(用量 )		
A 拮抗薬 (薬品名 )		その他薬剤 (薬品名 )		
(用量 )		(用量 )		
遮断薬 (薬品名 )		補助循環 ( )		
(用量 )		( )		
医療上の問題点				
【WISH 入力不要】				
医療機関所在地				
記載年月日:				
平成 年 月 日				
医療機関名				
印				
医師の氏名				
(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、プスルファン、水銀化合物など。

留意事項: 原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入すること。

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。

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			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 (満 歳)
氏名							
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 年 月 日 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	<p>1. 身体所見の変化 (検査日: 年 月)</p> <p>あり( ) なし</p> <p>血圧 ( / mmHg) 脈拍 /分 NHA心機能分類 s m peakVO<sub>2</sub> ( ml/min/kg)</p> <p>2. 胸部レントゲン所見の変化 (検査日: 年 月 日)</p> <p>あり( ) なし 心胸比 %</p> <p>3. 心電図所見の変化 (検査日: 年 月 日)</p> <p>あり( ) なし</p> <p>4. 心エコー図所見の変化 (検査日: 年 月 日)</p> <p>あり なし</p> <p>検査時周率 ( ) 心拍数 /分</p> <p>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</p> <p>拡張能 E cm/sec A cm/sec DcT msec E cm/sec</p> <p>心のう液 あり なし 心臓肥大 あり なし</p> <p>その他変化 あり( ) なし</p> <p>5. 血液検査 (実施日 年 月 日)</p> <p>WBC /mm<sup>3</sup> RBC ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup> Hb g/dl Ht %</p> <p>TP g/dl Alb g/dl AST IU/l ALT IU/l</p> <p>ALP IU/l LDH IU/l CK IU/l BUN mg/dl</p> <p>Cr mg/dl UA mg/dl Na mEq/l K mEq/l</p> <p>Cl mEq/l BS mg/dl CRP mg/dl BNP pg/ml</p> <p>HCV抗体</p>						

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)	)	血管拡張薬	(薬品名)	)	
	(用量)	)		(用量)	)	
	ACE阻害薬 (薬品名)	)	カテコラミン	(薬品名)	)	
	(用量)	)		(用量)	)	
	A 拮抗薬 (薬品名)	)	その他薬剤	(薬品名)	)	
	(用量)	)		(用量)	)	
	遮断薬 (薬品名)	)	補助循環	(	)	
	(用量)	)			)	
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： 原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入すること。

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