

26 特発性拡張型(うっ血型)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	1.昭和 2.平成	年	月	(満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日
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か月)	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()								

発症と経過(具体的に記述)

【WISH入力不要】

既往歴	1.あり (1.心筋炎 2.狭心症・心筋梗塞 3.弁膜疾患 4.先天性疾患 5.高血圧(未治療時血圧:____/____mmHg, 罹病期間:____年間) 6.アルコール摂取(1.あり(①機会飲酒 ②日本酒換算____合/日) 2.なし) 7.その他()	2.なし
家族歴	(心疾患、急死を中心に) 1.あり()	患者との続柄: 2.なし
現病歴	(1)初発症状 1.呼吸困難 2.全身倦怠感 3.胸痛 4.動悸(不整脈) 5.その他() 6.なし (2)現在の自覚症状 1.呼吸困難 2.全身倦怠感 3.胸痛 4.動悸(不整脈) 5.その他() 6.なし	

症状及び所見

1. 自他覚所見 (平成 年 月 日) 頸静脈怒張 1.あり 2.なし 肝腫大 1.あり 2.なし 浮腫 1.あり 2.なし チアノーゼ 1.あり 2.なし 不整脈 1.あり(種類:) 2.なし 肺湿性ラ音 1.あり 2.なし 血圧 ____/____mmHg, 脈拍 ____/分 NYHA心機能分類 1. I 2. II 3. III 4. IV (必ず記入)	5. 心エコー図 (平成 年 月 日) 検査時の調律 ____ 心拍数 ____/分 左室内径 LVd ____mm LVDs ____mm 左室壁厚 IVST ____mm LVPWT ____mm 左房径 LAD ____mm 右室径 RVD ____mm 下大静脈径 IVCD ____mm 左室駆出分画 1.正常 2.低下(____%) 局所壁運動低下 1.あり(部位:) 2.なし 心嚢液貯留 1.あり 2.なし 拡張機能 E/A ____ DT ____ms 僧帽弁逆流 ____度 その他()
2. 聴診所見 (平成 年 月 日) 心音 III音 1.あり 2.なし IV音 1.あり 2.なし 心雑音 1.あり(1.収縮期 2.拡張期) 2.なし	6. 心臓カテーテル検査 (平成 年 月 日) 左室造影所見 壁運動低下 1.あり(左室駆出分画____%) 2.なし 左室圧 ____/____ (拡張末期圧 ____mmHg) 肺動脈楔入圧 ____mmHg 右室圧 ____/____ (拡張末期圧 ____mmHg) 大動脈圧 ____/____ (平均 ____mmHg) 肺動脈圧 ____/____ (平均 ____mmHg) 冠動脈造影所見 1.正常 2.異常 () 心筋生検所見(可能な限り心筋生検を行うこと) 1.正常 2.異常() 3.未施行
3. 胸部X線 (平成 年 月 日) 心胸比 ____% 肺野の異常 うっ血 1.あり 2.なし 胸水 1.あり 2.なし その他 1.あり() 2.なし	7. シンチグラム 1.施行(平成 年 月 日) 2.未施行 壁運動低下 1.あり(左室駆出分画____%) 2.なし その他異常所見()
4. 心電図 (平成 年 月 日) 洞調律 1.あり 2.なし 心拍数 ____/分 機軸度 ____度 心房細動 1.あり 2.なし 心室期外収縮 1.あり(Lown 度) 2.なし 心室頻拍 1.あり 2.なし 伝導異常 1.あり 2.なし (1.SSS 2.I度房室ブロック 3.II度房室ブロック 4.III度房室ブロック 5.右脚ブロック 6.左脚ブロック 7.心室内伝導障害) PQ時間(msec), QRS時間(msec) QT時間(msec) 異常Q波 1.あり() 2.なし その他の異常 1.あり() 2.なし	8. 血液検査 (平成 年 月 日) RBC ____x10 ⁴ /mm ³ , Hb ____g/dl, Ht ____%, WBC ____/mm ³ , TP ____g/dl, Alb ____g/dl, GOT ____IU/l, GPT ____IU/l, LDH ____IU/l, CK ____IU/l, ALP ____IU/l, BUN ____mg/dl, Cr ____mg/d, UA ____mg/dl, Na ____mEq/l, K ____mEq/l, Cl ____mEq/l, BS ____mg/dl, CRP ____mg/dl, ANP ____pg/ml, BNP ____pg/ml, 抗HCV抗体 ____

鑑別診断	以下の疾患を鑑別できること			
	(1)虚血性心疾患		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	(2)弁膜疾患・先天性心疾患		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	(3)高血圧性心疾患		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	(4)炎症性心筋疾患（心筋炎など）		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	(5)代謝性心疾患		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	(6)全身性心筋疾患		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	(7)神経・筋疾患（筋ジストロフィーを含む）		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	(8)過敏性・中毒性疾患、産褥熱		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない

治療法	使用薬剤等		治療効果				
	①ジギタリス	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化
②利尿剤	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
③ACE阻害剤、若しくはAⅡ拮抗剤	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
④β遮断剤	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
⑤抗不整脈剤	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
⑥血管拡張剤	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
⑦カテコラミン	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
⑧その他薬剤	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
⑨補助循環	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
⑩心移植	1. あり（薬品名 （用量））	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他

医療上の問題点

【WISH入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 ()

医師の氏名

印

記載年月日：平成 年 月 日

留意事項

1. 申請には、心電図、心エコー図、冠動脈造影のコピーを添付することが望ましい。
2. 心エコー図で十分な画像が得られない場合、左室造影あるいは心筋シンチグラフィで代替しても可とする。
3. 冠動脈造影は、原則的に必須とし、心内膜下生検は心筋炎や特定心筋疾患（二次性心筋疾患）との鑑別のために施行されることが望ましい。

26 特発性拡張型(うっ血型)心筋症 臨床調査個人票 (2.更新)

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	1.昭和 年 月(満 歳) 2.平成	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.老		
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(____))						初回認定年月
	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)						1.昭和 年 月 2.平成
受診状況 (最近1年)	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()						
治療と経過(前回申請からの変化を中心に具体的に記述)							
【WISH入力不要】							
前回申請時からの変化	1.軽快 2.不変 3.徐々に悪化 4.急速に悪化 5.その他()						
自覚症状の変化	1.呼吸困難(1.増強 2.不変 3.軽快 4.なし) 2.全身倦怠感(1.増強 2.不変 3.軽快 4.なし) 3.胸痛(1.増強 2.不変 3.軽快 4.なし) 4.動悸(不整脈)(1.増強 2.不変 3.軽快 4.なし) 5.その他() (1.増強 2.不変 3.軽快 4.なし)						
症状及び所見							
自他覚所見の変化(平成 年 月 日) 1.変化あり() 2.変化なし 血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍 _____ /分 NYHA心機能分類 1. I 2. II 3. III 4. IV (必ず記入)				5.心臓カテーテル所見の変化(必要に応じ施行) (平成 年 月 日) 1.変化あり 左室駆出分画(%) 所見() 2.変化なし 3.未施行			
2.胸部X線所見の変化(平成 年 月 日) 1.変化あり(所見_____) 2.変化なし 心胸比 _____ %				6.シンチグラム所見の変化(平成 年 月 日) 1.変化あり 左室駆出分画(%) 所見() 2.変化なし 3.未施行			
3.心電図所見の変化(平成 年 月 日) 1.変化あり() 2.変化なし				7.血液検査(平成 年 月 日) RBC _____ x10 ⁴ /mm ³ , Hb _____ g/dl, Ht _____ %, WBC _____ /mm ³ , TP _____ g/dl, Alb _____ g/dl, GOT _____ IU/l, GPT _____ IU/l, LDH _____ IU/l, CK _____ IU/l, ALP _____ IU/l, BUN _____ mg/dl, Cr _____ mg/d, UA _____ mg/dl, Na _____ mEq/l, K _____ mEq/l, Cl _____ mEq/l, BS _____ mg/dl, CRP _____ mg/dl, ANP _____ pg/ml, BNP _____ pg/ml, 抗HCV抗体 _____			
4.心エコー図所見の変化(平成 年 月 日) 検査時の調律: _____ 心拍数: _____ /分 左室駆出分画 (%) 左室内径 LVDd _____ mm LVDs _____ mm 拡張機能 E/A _____ DT _____ ms 僧帽弁逆流 _____ 度 その他変化 1.あり() 2.なし							

	使用薬剤等		治療効果				
	1. あり	2. なし	1. 著効	2. 効果あり	3. 不変	4. 悪化	5. その他
治 療 法	①ジキタリス	(薬品名 用量)					
	②利尿剤	(薬品名 用量)					
	③ACE阻害剤、若しくは AⅡ拮抗剤	(薬品名 用量)					
	④β遮断剤	(薬品名 用量)					
	⑤抗不整脈剤	(薬品名 用量)					
	⑥血管拡張剤	(薬品名 用量)					
	⑦カテコラミン	(薬品名 用量)					
	⑧その他薬剤	(薬品名 用量)					
	⑨補助循環	(薬品名 用量)					
	⑩心移植	(薬品名 用量)					
医療上の問題点							
【WISH入力不要】							
医療機関名							
医療機関所在地							
電話番号 ()							
医師の氏名							
<input type="checkbox"/> 印 記載年月日：平成 年 月 日							