

50 肥大型心筋症 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)
氏 名							
住 所	郵便番号			出生 都道府県		発病時在住 都道府県	
	電話 ()						
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 ()						
発症と経過	(具体的に記入)						
	【WISH入力不要】						
既往歴	心筋炎 狭心症・心筋梗塞 弁膜疾患 先天性疾患 糖尿病 高血圧 (未治療時血圧: ____ / ____ mmHg, 罹病期間: ____ 年間) その他 () なし						
家族歴	(心疾患 突然死を中心に) あり () なし						
現病歴	(1)発症時期 6ヵ月未満 1年未満 5年未満 10年未満 10年以上前 不明 (2)初発症状 呼吸困難 全身倦怠感 胸痛・胸部圧迫感 動悸 失神 その他 () なし (3)現在の主症状 呼吸困難 全身倦怠感 胸痛・胸部圧迫感 動悸 失神 その他 () なし						
検査所見	<p>1. 身体所見 (実施日 年 月 日) 血圧 ____ / ____ mmHg, 脈拍 ____ /分 不整脈 あり なし 呼吸数 ____ /分 頸静脈怒張 あり なし 肝腫大 あり なし 浮腫 あり なし 音 あり なし 音 あり なし 心雑音 あり (収縮期 拡張期) なし 肺ラ音 あり (乾性 湿性) なし NYHA心機能分類 s m</p> <p>2. 胸部X線 (実施日 年 月 日) 心胸比 ____ % うっ血像 あり なし 胸水 あり なし その他 ()</p> <p>3. 心電図 (実施日 年 月 日) 洞調律 あり なし 心拍数 ____ /分 心房細動 あり なし 心房粗動 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 度房室ブロック 度房室ブロック 度房室ブロック 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 SV₁ (____ mV) +RV₅ (____ mV) = ____ mV ST低下 あり (最大誘導 ____ mV) なし 巨大陰性T波 あり なし その他の所見 ()</p> <p>4. 心エコー図 (実施日 年 月 日) 検査時の調律 () 心拍数 ____ /分 左室内径 LVDd ____ mm LVDs ____ mm 左室駆出分画 ____ % 左室壁厚 IVS ____ mm PWT ____ mm 最大壁厚 ____ mm (部位) 左房径 ____ mm 右室径 ____ mm 下大静脈径 ____ mm 局所壁運動低下 あり (部位:) なし 狭窄部位 あり (部位: 左室流出路 左室中部 右室流出路) なし 心嚢液貯留 あり なし 僧帽弁逆流 ____ 度 三尖弁逆流速度から求めた右室右房間圧較差 ____ mmHg 僧帽弁流入波 E ____ cm/s A ____ cm/s DcT ____ ms 組織ドプラ法: E ____ cm/s その他異常所見 あり () なし</p>						

検査所見	<p>5. 心臓カテーテル検査 (実施日 年 月 日)</p> <p>左室造影所見 壁運動低下 あり () なし 左室駆出分画 _____ %</p> <p>冠動脈造影所見 正常 異常 ()</p> <p>左室圧 _____ / _____ (拡張末期圧 _____) mmHg 大動脈圧 _____ / _____ (平均 _____) mmHg</p> <p>右室圧 _____ / _____ (拡張末期圧 _____) mmHg 肺動脈圧 _____ / _____ (平均 _____) mmHg</p> <p>肺動脈楔入圧 _____ mmHg 心拍出量 CO:CI _____ L/min: _____ L/min/m² 右房圧 _____ mmHg</p> <p>心内膜下生検 正常</p> <p>異常 (心筋肥大 錯綜配列 その他 ())</p>																								
	<p>6. MRI/CT (実施日 年 月 日)</p> <p>壁運動低下 あり () なし 左室駆出分画 _____ %</p> <p>その他異常所見 ()</p> <p>7. シンチグラム (実施日 年 月 日) 核種 ()</p> <p>壁運動低下 あり () なし 左室駆出分画 _____ %</p> <p>その他異常所見 ()</p> <p>8. 運動耐容性検査 (実施日 年 月 日)</p> <p>正常 異常 () peak VO₂ _____ ml/min/kg</p> <p>9. 血液検査 (実施日 年 月 日)</p> <p>WBC _____ /mm³ RBC _____ × 10⁴ /mm³ 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>抗心臓抗体 _____</p>																								
遺伝子診断	<p>遺伝子診断の有無 なし あり (実施日 年 月 日) 異常遺伝子名 ()</p>																								
鑑別診断	<table border="0"> <tr> <td>虚血性心疾患</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>弁膜症・先天性心疾患</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>高血圧性心疾患</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>炎症性心筋疾患 (心筋炎など)</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>代謝性心疾患</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>全身性心筋疾患</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>神経・筋疾患 (筋ジストロフィーを含む)</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>過敏性・中毒性疾患、産褥熱</td> <td>できる</td> <td>できない</td> </tr> </table>	虚血性心疾患	できる	できない	弁膜症・先天性心疾患	できる	できない	高血圧性心疾患	できる	できない	炎症性心筋疾患 (心筋炎など)	できる	できない	代謝性心疾患	できる	できない	全身性心筋疾患	できる	できない	神経・筋疾患 (筋ジストロフィーを含む)	できる	できない	過敏性・中毒性疾患、産褥熱	できる	できない
虚血性心疾患	できる	できない																							
弁膜症・先天性心疾患	できる	できない																							
高血圧性心疾患	できる	できない																							
炎症性心筋疾患 (心筋炎など)	できる	できない																							
代謝性心疾患	できる	できない																							
全身性心筋疾患	できる	できない																							
神経・筋疾患 (筋ジストロフィーを含む)	できる	できない																							
過敏性・中毒性疾患、産褥熱	できる	できない																							
治療内容	<table border="0"> <tr> <td>1. ジギタリス (薬品名)</td> <td>2. 利尿薬 (薬品名)</td> </tr> <tr> <td>(用量)</td> <td>(用量)</td> </tr> <tr> <td>3. ACE阻害薬 (薬品名)</td> <td>4. A 拮抗薬 (薬品名)</td> </tr> <tr> <td>(用量)</td> <td>(用量)</td> </tr> <tr> <td>5. 遮断薬 (薬品名)</td> <td>6. 血管拡張薬 (薬品名)</td> </tr> <tr> <td>(用量)</td> <td>(用量)</td> </tr> <tr> <td>7. 抗不整脈薬 (薬品名)</td> <td>8. カテコラミン (薬品名)</td> </tr> <tr> <td>(用量)</td> <td>(用量)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9. その他 (非薬物治療を含む) ()</td> </tr> </table>	1. ジギタリス (薬品名)	2. 利尿薬 (薬品名)	(用量)	(用量)	3. ACE阻害薬 (薬品名)	4. A 拮抗薬 (薬品名)	(用量)	(用量)	5. 遮断薬 (薬品名)	6. 血管拡張薬 (薬品名)	(用量)	(用量)	7. 抗不整脈薬 (薬品名)	8. カテコラミン (薬品名)	(用量)	(用量)	9. その他 (非薬物治療を含む) ()							
1. ジギタリス (薬品名)	2. 利尿薬 (薬品名)																								
(用量)	(用量)																								
3. ACE阻害薬 (薬品名)	4. A 拮抗薬 (薬品名)																								
(用量)	(用量)																								
5. 遮断薬 (薬品名)	6. 血管拡張薬 (薬品名)																								
(用量)	(用量)																								
7. 抗不整脈薬 (薬品名)	8. カテコラミン (薬品名)																								
(用量)	(用量)																								
9. その他 (非薬物治療を含む) ()																									
大項目	<p>当てはまる項目に印を入れてください。</p> <p>心不全や不整脈治療 (ICD植込みなど) による入院歴を有する。 入院の時期: 昭和・平成 年 月 入院の理由: 心不全治療、不整脈治療、その他 () 心不全の存在</p> <p>心不全症状NYHA 度以上かつ [(推定Mets 6以下) or (peak VO₂<20)] 突然死もしくは心不全のハイリスク因子を一つ以上有する</p> <ol style="list-style-type: none"> 致死性不整脈の存在 失神・心停止の既往 肥大型心筋症による突然死もしくは心不全の家族歴を有する 運動負荷に伴う血圧低下 (血圧上昇 25mmHg 未満; 対象は 40 歳未満) 著明な左室肥大 (最大壁厚 30mm) 左室流出路圧較差が 50mmHg を超える場合などの血行動態の高度の異常 遺伝子診断で予後不良とされる変異を有する 拡張相に移行した症例 																								

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。

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。

2009-10-01

50 肥大型心筋症 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			出生 都道府県		発病時在住 都道府県	
	電話 ()						
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 ())						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)						平成 年 月
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	(1) 呼吸困難		増強	不変	軽快	なし	
	(2) 全身倦怠感		増強	不変	軽快	なし	
	(3) 胸痛・胸部圧迫感		増強	不変	軽快	なし	
	(4) 動悸		増強	不変	軽快	なし	
	(5) 失神		増強	不変	軽快	なし	
	(6) その他 ()		増強	不変	軽快	なし	
検査所見	1. 身体所見の変化 (年 月 日)						
	あり ()						
	なし						
	血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍 _____ / 分, 不整脈 あり なし						
	NYHA心機能分類 _____ s _____ m						
	2. 胸部X線所見の変化 (年 月 日) 心胸比 _____ %						
	あり ()						
なし							
3. 心電図所見の変化 (年 月 日)							
あり ()							
なし							
4. 心エコー図所見の変化 (実施日 年 月 日)							
検査時の調律 _____ 心拍数 _____ / 分							
左室内径 LVDd _____ mm LVDs _____ mm 左室駆出分画 _____ %							
左室壁厚 IVS _____ mm PWT _____ mm 最大壁厚 _____ mm (部位 _____)							
左房径 _____ mm 右室径 _____ mm 下大静脈径 _____ mm							
狭窄部位 あり (部位: 左室流出路 左室中部 右室流出路) なし							
僧帽弁逆流 _____ 度 三尖弁逆流速度から求めた右室右房間圧較差 _____ mmHg							
僧帽弁流入波形 E _____ cm/s A _____ cm/s DcT _____ ms 組織ドプラ法: E _____ cm/s							
その他変化 あり () なし							
5. 心臓カテーテル検査所見の変化 (実施日 年 月 日)							
あり ()							
なし 左室駆出分画 _____ %							
肺動脈圧 _____ / _____ (平均 _____) mmHg 右房圧 _____ mmHg							
肺動脈楔入圧 _____ mmHg 心拍出量 CO: CI _____ L/min: _____ L/min/m ²							
6. MRI/CT所見の変化 (実施日 年 月 日)							
あり ()							
なし 左室駆出分画 _____ %							
7. シンチグラム所見の変化 (実施日 年 月 日)							
あり ()							
なし 左室駆出分画 _____ %							

検査所見	8. 運動耐容能検査の変化 あり() なし peak VO ₂ _____ ml/min /kg			
	9. 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/l	K _____ mEq/l
	Cl _____ mEq/l	BS _____ mg/dl	CRP _____ mg/dl	BNP _____ pg/ml
	抗ICV抗体 _____			
治療内容	1. ジギタリス(薬品名 _____) (用量 _____)		2. 利尿薬 (薬品名 _____) (用量 _____)	
	3. ACE阻害薬(薬品名 _____) (用量 _____)		4. A 拮抗薬 (薬品名 _____) (用量 _____)	
	5. 遮断薬 (薬品名 _____) (用量 _____)		6. 血管拡張薬 (薬品名 _____) (用量 _____)	
	7. 抗不整脈薬 (薬品名 _____) (用量 _____)		8. カテコラミン(薬品名 _____) (用量 _____)	
	9. その他(非薬物治療を含む) (_____)			
大項目	<p>当てはまる項目に印を入れてください。</p> <p>心不全や不整脈治療(ICD植込みなど)による入院歴を有する。 入院の時期: 昭和・平成 _____ 年 月 入院の理由: 心不全治療、不整脈治療、その他(_____) 心不全の存在</p> <p>心不全症状NYHA _____ 度以上かつ[(推定Mets 6以下) or (peak VO₂<20)] 突然死もしくは心不全のハイリスク因子を一つ以上有する</p> <p>1) 致死性不整脈の存在 2) 失神・心停止の既往 3) 肥大型心筋症による突然死もしくは心不全の家族歴を有する 4) 運動負荷に伴う血圧低下(血圧上昇 25mmHg 未満; 対象は40歳未満) 5) 著明な左室肥大(最大壁厚 30mm) 6) 左室流出路圧較差が50mmHgを超える場合などの血行動態の高度の異常 7) 遺伝子診断で予後不良とされる変異を有する 8) 拡張相に移行した症例</p>			
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		

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可。)を添付すること。