

057 特発性拡張型心筋症

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	*以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明						
	発症者続柄						
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入						
	続柄						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
社会保障							
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし						
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
生活状況							
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである						
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない						
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない						
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい						
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

特発性心筋症において、A検査所見で左室収縮低下、および左室内腔拡大を認め、Bの鑑別すべき疾患を全て除外したもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--------------------------------	---------------------------------

A. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

1. 心臓カテーテル検査			
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
大動脈圧	収縮期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	平均	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
左室圧	収縮期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	拡張末期圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
右室圧	収縮期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	拡張末期圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
肺動脈圧	収縮期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	平均	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
肺動脈楔入圧 (平均)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	右房圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
心拍出量(CO)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L/min	心係数(CI)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L/min/m ²
冠動脈造影所見 (冠動脈狭窄の有無)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
心内膜下心筋生検	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未実施		
	異常の内容		

2. 心筋シンチグラム			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
核種			
壁運動低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
左室駆出率	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
欠損像	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
心筋灌流低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
3. 心臓 CT			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
CT 所見の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	異常の内容		
4. 心臓 MRI			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
遅延造影の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	左室内腔拡大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
左室駆出率	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		

B. 鑑別診断（新規）

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 高血圧性心疾患	<input type="checkbox"/> 2. 弁膜性心疾患	<input type="checkbox"/> 3. 虚血性心疾患	
<input type="checkbox"/> 4. 特定心筋疾患（二次性心筋症）			
*4 を選択の場合、以下より選択			
特定心筋疾患			
<input type="checkbox"/> 1. アルコール性心疾患、産褥心、原発性心内膜線維弾性症			
<input type="checkbox"/> 2. 心筋炎（原因の明らかなもの、不明のものを含む）			
<input type="checkbox"/> 3. 神経・筋疾患に伴う心筋疾患		<input type="checkbox"/> 4. 結合組織病に伴う心筋疾患	
<input type="checkbox"/> 5. 栄養性心疾患（脚気心など）			
<input type="checkbox"/> 6. 代謝性疾患に伴う心筋疾患（ファブリー（Fabry）病、ヘモクロマトーシス、ポンペ（Pompe）病、 ハーラー（Hurler）症候群、ハンター（Hunter）症候群など）			
<input type="checkbox"/> 7. 不整脈による心筋症（頻脈および徐脈）			
<input type="checkbox"/> 8. その他（アミロイドーシス、サルコイドーシス、薬剤性など）			

■ 重症度分類に関する事項

特発性拡張型心筋症重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. 軽症：中等症の基準を満たさない <input type="checkbox"/> 2. 中等症：NYHA II 度であり、かつ不整脈(2)・入院歴(2)・BNP/NT-proBNP(2)の項目のいずれかを満たす <input type="checkbox"/> 3. 重症：NYHA III～IV 度・不整脈(3)・入院歴(3)・BNP/NT-proBNP(3)のいずれかを満たす <input type="checkbox"/> 4. 最重症：NYHA IV 度、かつ入院歴(4)を満たす
NYHA 分類	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
不整脈	<input type="checkbox"/> 1. なしまたは散発性期外収縮 <input type="checkbox"/> 2. 非持続性心室頻拍または上室性頻脈性不整脈 <input type="checkbox"/> 3. 持続性心室頻拍または心室細動
過去1年の不整脈・心不全治療のための入院歴	<input type="checkbox"/> 1) なし <input type="checkbox"/> 2) 1回 <input type="checkbox"/> 3) 2回以上 <input type="checkbox"/> 4) 2回以上の入院または持続静注からの離脱不能、補助人工心臓、心臓移植適応のいずれか *3 を選択の場合、以下に記入
回数	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 回

BNP (pg/mL)	<input type="checkbox"/> 1) <100 <input type="checkbox"/> 2) 100~499 <input type="checkbox"/> 3) ≥500
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
NT-proBNP (pg/mL)	<input type="checkbox"/> 1) <400 <input type="checkbox"/> 2) 400~1999 <input type="checkbox"/> 3) ≥2000
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

発症と経過

心筋症に関する 家族歴（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	病名			
既往歴（新規）				
心筋炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
弁膜疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	先天性疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
失神	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	その他の既往	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	未治療時血圧 (収縮期)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	未治療時血圧 (拡張期)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	罹病期間(年)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
生活歴				
飲酒歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	程度	<input type="checkbox"/> 1. 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 2. 日本酒 1 日一合以上		
	酒量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 合/日		

症状（新規）

自覚症状			
自覚症状の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1. 安静時 <input type="checkbox"/> 2. 軽い日常労作時 <input type="checkbox"/> 3. 強い労作時 <input type="checkbox"/> 4. なし		
易疲労感	<input type="checkbox"/> 1. 安静時 <input type="checkbox"/> 2. 軽い日常労作時 <input type="checkbox"/> 3. 強い労作時 <input type="checkbox"/> 4. なし		
胸部圧迫感 (胸痛)	<input type="checkbox"/> 1. 安静時 <input type="checkbox"/> 2. 軽い日常労作時 <input type="checkbox"/> 3. 強い労作時 <input type="checkbox"/> 4. なし		
動悸（不整脈）	<input type="checkbox"/> 1. 安静時 <input type="checkbox"/> 2. 軽い日常労作時 <input type="checkbox"/> 3. 強い労作時 <input type="checkbox"/> 4. なし		
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	具体的に		

身体所見			
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分	不整脈（他覚所見）	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
他覚所見			
頸静脈怒張	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	肝腫大	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
肝頸静脈逆流	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	腹水	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
下腿浮腫	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	脈圧狭小	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
聴診			
肺ラ音	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	肺ラ音の種類	<input type="checkbox"/> 1.乾性 <input type="checkbox"/> 2.湿性	
心音：III音	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
心音：IV音	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
心音：II音 肺動脈成分の亢進	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		

検査所見

血液検査（新規）			
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
血球算定	白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	
	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L	
	ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	ヘマトクリット <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
血液生化学	空腹時血糖	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	総蛋白 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	
	AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	

	ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L			
	γ-GTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L			
	LDH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法	<input type="checkbox"/> 2. JSCC 法	
	ALP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法	<input type="checkbox"/> 2. JSCC 法	
	BUN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL			
	クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL			
	尿酸	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mEq/L
	カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mEq/L	クロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mEq/L
免疫	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL			
胸部 X 線 (新規)						
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/>	
心陰影の拡大	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心胸比	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/> %	
肺うっ血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	胸水	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし			
	具体的に					
心電図 (更新)						
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/>	
前回から変化した内容 (更新)	内容					
心電図 (新規)						
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/>	
洞調律	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし			
心拍数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回/分	電気軸	<input type="checkbox"/> +	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 度	
				<input type="checkbox"/> -	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 度	
肢誘導低電位	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	上室期外収縮	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	

検査時の調律							
心拍数		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分					
左室内径	LVDd	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm		左室壁厚	IVST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	
	LVDs	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm			LVPWT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	
左室駆出率		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		左房径		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	
下大静脈径 呼吸性変動の有無		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm					
		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
壁運動異常		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
		部位					
僧帽弁逆流		<input type="checkbox"/> 1. 軽度		<input type="checkbox"/> 2. 中等度		<input type="checkbox"/> 3. 高度	
左室流入血流・ 僧帽弁輪速度		E	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/s		A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/s	
		E/A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DcT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms	
		E'	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/s		E/E'	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
三尖弁逆流		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
		圧較差 (三尖弁逆流速度から求めた右室右房間圧較差)				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
右室容積変化率		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %					
TAPSE		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm					
その他の 異常所見		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
		内容					

運動耐容能検査（新規）			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
検査プロトコール	<input type="checkbox"/> 1) トレッドミル <input type="checkbox"/> 2) 自転車 <input type="checkbox"/> 3) 6分間歩行		
ガス交換比 (R:VCO ₂ /VO ₂)			
最大 Mets	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mets	最大心拍数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /min
6分間歩行距離	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m		
peakVO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/min/kg		
	基準値に対して	<input type="checkbox"/> 1) 80%以上 <input type="checkbox"/> 2) 60~80% <input type="checkbox"/> 3) 40~60% <input type="checkbox"/> 4) 施行不能あるいは40%未満	
嫌気性代謝閾値 (AT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/min/kg		
運動耐容能検査 所見の変化	<input type="checkbox"/> 1. 変化あり <input type="checkbox"/> 2. 変化なし		
	所見		

身体活動能力質問表（新規）

症状が出現する最少運動量	<input type="text"/> . <input type="text"/> Mets
1. 夜、楽に眠れますか？（1Met 以下）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
2. 横になっていると楽ですか？（1Met 以下）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
3. 一人で食事や洗面ができますか？（1.6Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
4. トイレは一人で楽にできますか？（2Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
5. 着替えが一人でできますか？（2Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
6. 炊事や掃除ができますか？（2～3Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
7. 自分で布団を敷けますか？（2～3Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
8. ぞうきんがけはできますか？（3～4Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
9. シャワーを浴びても平気ですか？（3～4Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
10. ラジオ体操をしても平気ですか？（3～4Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか？（3～4Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
12. 庭いじり（軽い草むしりなど）をしても平気ですか？（4Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
13. 一人で風呂に入れますか？（4～5Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
14. 健康な人と同じ速度で 2 階まで昇っても平気ですか？（5～6Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
15. 軽い農作業（庭掘りなど）はできますか？（5～7Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
16. 平地で急いで 200m 歩いても平気ですか？（6～7Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
17. 雪かきはできますか？（6～7Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
18. テニス（又は卓球）をしても平気ですか？（6～7Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
19. ジョギング（時速 8km 程度）を 300～400m しても平気ですか？（7～8Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
20. 水泳をしても平気ですか？（7～8Mets）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
21. なわとびをしても平気ですか？（8Mets 以上）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない

サクビトリル バルサルタン	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
SGLT2 阻害薬	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
イバブラジン	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
ベルイシグアト	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明

抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
血管拡張薬	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
カテコラミン	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
その他薬剤	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明

その他	
CRT (Cardiac Resynchronization Therapy)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
補助循環	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 1. 体内式 <input type="checkbox"/> 2. 体外式
	内容
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
心移植	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他(非薬物治療を含む)の内容	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」 (平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知) を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定											
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他											
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
保険情報	保険者番号			被保険者記号								
	被保険者番号			被保険者 個人単位枝番								
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>