

## 058 肥大型心筋症

## ■ 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

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a) 非閉塞性肥大型心筋症 | <input type="checkbox"/> b) 閉塞性肥大型心筋症 | <input type="checkbox"/> c) 心室中部閉塞性肥大型心筋症 |
| <input type="checkbox"/> d) 心尖部肥大型心筋症  | <input type="checkbox"/> e) 拡張相肥大型心筋症 |   |

<診断のカテゴリー>

1. A. 検査所見の画像診断により以下(a)～(e)いずれかの所見を認め、B. 鑑別すべき疾患(B-1～8)を全て除外できる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> (a) 非閉塞性肥大型心筋症：心室中隔の肥大所見、非対称性中隔肥厚など心筋の限局性肥大やびまん性肥大		
<input type="checkbox"/> (b) 閉塞性肥大型心筋症：左室流出路狭窄所見、僧帽弁エコーの収縮期前方運動		
<input type="checkbox"/> (c) 心室中部閉塞性肥大型心筋症：左室中部狭窄所見		
<input type="checkbox"/> (d) 心尖部肥大型心筋症：心尖部肥大所見		
<input type="checkbox"/> (e) 拡張相肥大型心筋症：左室収縮低下と左室内腔拡張を認め、肥大型心筋症からの移行が確認されたもの		
2. 新規申請の場合：上記1にて肥大型心筋症に該当し、かつ指定難病認定には下記の大項目①～③を1つ以上満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 大項目①：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		
<input type="checkbox"/> 大項目②：心不全の存在 心不全症状 NYHAI 度以上かつ〔（推定 METs 6 以下） or （peak VO <sub>2</sub> <20）〕		
<input type="checkbox"/> 大項目③：以下の「突然死もしくは心不全のハイリスク因子を1つ以上有する」ことを確認		
<input type="checkbox"/> 1) 致死性不整脈の存在		
<input type="checkbox"/> 2) 失神又は心停止の既往		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 5) 著明な左室肥大（最大壁厚≥30mm）		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 7) 遺伝子診断で予後不良とされる変異を有する		
<input type="checkbox"/> 8) 拡張相に移行した症例		
※新規申請時には、12 誘導心電図（図中にキャリブレーションまたはスケールが表示されていること） および心エコー図（実画像またはレポートのコピーにより診断に必要な十分な所見が呈示されていること）の提出が必須である。		

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 CT (新規)			
<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
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
左室駆出率	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> %
CT 所見の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
2. 心臓 MRI (新規)			
<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
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
遅延ガドリウム造影の異常有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	部位		
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"/> %
3. 運動耐容能検査			
最大 Mets	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mets	
peakVO <sub>2</sub>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mL/min/kg	
運動負荷に伴う 血圧	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

**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. 心臓弁膜疾患	<input type="checkbox"/> 3. 先天性心疾患	<input type="checkbox"/> 4. 虚血性心疾患
<input type="checkbox"/> 5. 内分泌性心疾患	<input type="checkbox"/> 6. 貧血	<input type="checkbox"/> 7. 肺性心	<input type="checkbox"/> 8. 特定心筋疾患（二次性心筋症）
*8 を選択の場合、以下より選択			
<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		
<input type="checkbox"/> ③神経・筋疾患に伴う心筋疾患			
<input type="checkbox"/> ④膠原病（関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、皮膚筋炎・多発性筋炎、強皮症など）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その他（アミロイドーシス、サルコイドーシスなど）			

**■ 重症度分類に関する事項**

肥大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)・突然死リスク(2)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)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 type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
突然死リスク	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり		

■ 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

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
心停止	<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"/> <input type="text"/>	mmHg
	未治療時血圧（拡張期）	<input type="text"/> <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
拡張相への移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
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1合以上	
	酒量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	合/日

症状（新規）

自覚症状				
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
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
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
胸部圧迫感	<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
易疲労感/ 全身倦怠感	<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
浮腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
めまい	<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
失神	<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

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	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	チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
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
心雑音	<input type="checkbox"/> 1.あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2.なし		
	<input type="checkbox"/> 収縮期	<input type="checkbox"/> 拡張期	
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

### 検査所見

血液検査（新規）			
<input type="checkbox"/> 1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施			
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"/> / $\mu$ L	
	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / $\mu$ 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	クレアチンキナーゼ	<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
	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				
	クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL				
	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"/> <input type="text"/>	mg/dL	尿酸	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/>	mEq/L	カリウム	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/>	mEq/L				
免疫	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL				
特殊	BNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL				
	NT-proBNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL				
	トロポニン T	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL				
	トロポニン I	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/L				
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"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日
うっ血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心胸比	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>	%
胸水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし						
その他 (内容)							
心電図 (更新)							
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施							
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <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
前回から変化した内容							
心電図 (新規)							
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施							
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <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
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	上室期外収縮	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
心房細動	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	心房粗動	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
心室期外収縮	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	Lown 分類	<input type="checkbox"/> grade 0 <input type="checkbox"/> grade 1 <input type="checkbox"/> grade 2 <input type="checkbox"/> grade 3 <input type="checkbox"/> grade 4a <input type="checkbox"/> grade 4b <input type="checkbox"/> grade 5	
心室頻拍	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	持続性/ 非持続性	<input type="checkbox"/> 1.持続性 <input type="checkbox"/> 2.非持続性 (3連発以上で持続が30秒未満のもの)	
伝導異常 (脚ブロックなど)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	種類	<input type="checkbox"/> 1.SSS <input type="checkbox"/> 2.I度房室ブロック <input type="checkbox"/> 3.II度房室ブロック <input type="checkbox"/> 4.III度房室ブロック <input type="checkbox"/> 5.右脚ブロック <input type="checkbox"/> 6.左脚ブロック <input type="checkbox"/> 7.心室内伝導障害	
ST-T 異常	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	最大誘導		
	電位	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV	
左室側高電位	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	SV1+RV5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV	
R波の減高	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	RV5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV	
異常Q波	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	内容		

QRS 幅の延長		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
		QRS 時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> msec		
PQ 時間		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> msec	QT 時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> msec	
SV1		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV			
巨大陰性 T 波		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
心エコー図 (新規)					
		<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
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			
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
左室最大壁厚		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm			
		部位			
左室駆出率の低下		<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"/> %		
左房径 (LAD)		<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			

僧帽弁輪部拡張 早期運動速度の 低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	Ea			
僧帽弁エコーの 収縮期前方運動	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
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		
心筋の限局性肥大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	<input type="checkbox"/> 心尖部の肥大 <input type="checkbox"/> 非対称性中隔肥厚 <input type="checkbox"/> 中隔・心尖部以外の肥厚			
狭窄部位	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	部位	<input type="checkbox"/> 左室流出路 <input type="checkbox"/> 左室中部 <input type="checkbox"/> 右室流出路		
	最大圧較差	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg		
心臓カテーテル検査（新規）				
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施				
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"/>
冠動脈造影所見 (冠動脈狭窄の有無)	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有			
	内容			
左室造影	<input type="checkbox"/> 心室中隔の肥厚 <input type="checkbox"/> 左室壁の肥厚 <input type="checkbox"/> 心尖部肥大 <input type="checkbox"/> 心尖部瘤			
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
	左室-大動脈間圧較差				<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	
Brockenbrough 現象	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし			
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 <sup>2</sup>	
心内膜下心筋生検 (新規)						
<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常						
内容	<input type="checkbox"/> 肥大心筋細胞		<input type="checkbox"/> 心筋線維化(線維癆痕および間質線維化)			
	<input type="checkbox"/> 心筋細胞の錯綜配列		<input type="checkbox"/> その他			
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 <sub>2</sub> /VO <sub>2</sub> )						
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	
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

遺伝学的検査（新規）

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> 1. 心筋βミオシン重鎖遺伝子 <input type="checkbox"/> 2. 心筋トロポニン遺伝子	
<input type="checkbox"/> 3. 心筋ミオシン結合蛋白C遺伝子 <input type="checkbox"/> 4. その他	

治療その他

使用薬剤等	
利尿薬	<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
β遮断薬	<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
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

シベンゾリン	<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
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
経皮的中隔心筋焼灼術	<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
心筋切除術	<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"/>