

心筋症 登録用紙

● 臨床診断

- 拡張型(DCM) 肥大型(HCM) 拘束型(RCM) 不整脈原性右室心筋症(ARVC) 分類不能
- 二次性 (詳細: _____)
- その他 (詳細: _____)

● 報告者情報

施設名 _____

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告者氏名 _____

メールアドレス _____

※遺伝子検査依頼時、もしくは直近の情報をお願いします

● 被験者情報

イニシャルまたは匿名化ID (_____) 性別 男 女

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診断時年齢 _____ 歳

発端者(当該患者) 家族 (発端者との関係: _____)

● 家族歴 (家族歴がある場合は、家系図の記載をお願い致します)

心筋症 の家族歴 無 有 (発端者との続柄 _____) (病名 _____)

(診断時年齢 _____ 歳)

その他の心疾患の家族歴 無 有 (発端者との続柄 _____) (病名 _____)

● 家系図

● 臨床情報 (_____年____月____日現在)
 身長 _____cm 体重 _____kg 血圧 _____ / _____mmHg NYHA I II III IV
 診断日 _____年____月____日 心不全による入院歴 無 有 (_____回、過去1年有 無)

● 合併症
 失神 無 有 血栓塞栓症 無 有
 心房細動 無 有 (発作性 持続性 永続性) 心房細動時の心電図コピーを添付してください
 その他 無 有

● 検査所見
 血液検査 (年月日: _____年____月____日)
 BNP _____pg/ml NT-proBNP _____pg/ml Cr _____mg/dL

※検査項目をご記入いただき、各検査結果の添付をお願いします

● 安静時心電図 (年月日: _____年____月____日)

● Holter 心電図 未施行 施行 (年月日: _____年____月____日)

● 心臓超音波検査 未施行 施行 (年月日: _____年____月____日)

LVDd _____mm LVDs _____mm FS _____% LAD _____mm IVC _____mm
 壁運動異常 無 有 EF _____% (Teichholz) _____% (Simpson)
 右室壁運動異常 無 有 右室瘤 無 有 右室流出路拡張末期径 (_____mm)
 呼吸性変動 無 有
 AR _____ MR _____ PR _____ TR _____ (TR-PG _____mmHg)
 その他 (_____)

● MRI 未施行 施行 (年月日: _____年____月____日)

左室肥大部位 無 有 部位 (_____) 左室内腔拡大 無 有
 右室壁運動異常 無 有
 遅延造影 無 有 部位 (_____) 心筋中層遅延造影 無 有
 その他 (_____)

● 心筋生検 未施行 施行 (年月日: _____年____月____日) 部位(_____)

● 薬物治療 無 有 (_____年____月____日現在)
ARB 薬剤名 (mg/日) _____
β遮断薬 薬剤名 (mg/日) _____
利尿剤 薬剤名 (mg/日) _____
抗不整脈薬 薬剤名 (mg/日) _____
その他 薬剤名 (mg/日) _____
 薬剤名 (mg/日) _____
 薬剤名 (mg/日) _____

- デバイス治療 無 有 (植込年月日: 年 月 日)
ペースメーカー 植込み型除細動器 心臓再同期療法 (CRT-P CRT-D)
 適切な除細動 _____回 (初回の適切除細動年月日: 年 月 日)

- アブレーション治療 無 有

年月日	疾患	手技	結果
例 2018.4.1	AF	PVI	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功

- 経皮的中隔心筋焼灼術 (PTSMA) 無 有 (年月日: 年 月 日)

- 外科手術 無 有 (年月日: 年 月 日)

経大動脈弁的左心室心筋切除術 左室形成術

僧帽弁形成術 僧帽弁置換術 僧帽弁輪縫縮術 補助人工心臓

その他 ()

- 心臓移植 無 (移植希望登録 無 有) 有 (移植年月日 年 月 日)

- 転帰

最終状況

生存 最終診察日 年 月 日

死亡 死亡年月日 年 月 日

死因 心臓突然死 心不全死 原因不明 その他 ()