臨 床 調 査 個 人 票

☐ 新規 ☐ 更新

059　拘束型心筋症

■　行政記載欄

受給者番号	☐☐☐☐☐☐☐	判定結果	☐ 認定　☐ 不認定

■　基本情報

姓（かな）		名（かな）	
姓（漢字）		名（漢字）	
郵便番号	☐☐☐☐☐☐☐		
住所			
生年月日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月 ☐☐ 日		＊以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男　☐ 2. 女		
出生市区町村			
出生時氏名（変更のある場合）	姓（かな）	名（かな）	
	姓（漢字）	名（漢字）	
家族歴	☐ 1. あり　☐ 2. なし　☐ 3. 不明		
	発症者続柄		
	☐ 1. 父　☐ 2. 母　☐ 3. 子　☐ 4. 同胞（男性） ☐ 5. 同胞（女性）　☐ 6. 祖父（父方）　☐ 7. 祖母（父方） ☐ 8. 祖父（母方）　☐ 9. 祖母（母方）　☐ 10. いとこ ☐ 11. その他　＊11 を選択の場合、以下に記入		
	続柄		
発症年月	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月		

社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護　☐ 2. 要支援　☐ 3. なし
要介護度	☐ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4　☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない　☐ 2. 中程度ある　☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない　☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■　診断基準に関する事項

診断（新規）

病型	☐ 1. 特発性（病因不明）　☐ 2. 二次性　☐ 3. その他
二次性の場合の該当疾患 申請の留意事項	☐ 1. その他の心筋症　☐ 2. 心筋炎　☐ 3. アミロイドーシス ☐ 4. サルコイドーシス　☐ 5. ヘモクロマドーシス ☐ 6. 好酸球増多症候群　☐ 7. 原虫寄生虫感染症 ☐ 8. 悪性新生物　☐ 9. 放射線治療後　☐ 10. アレルギー性疾患 ☐ 11. 自己免疫疾患　☐ 12. 特定薬剤使用・暴露歴　☐ 13. その他

A．症状

自覚症状	
自覚症状の有無	☐ 1. あり　☐ 2. なし
呼吸困難	☐ 1. 安静時　☐ 2. 軽い日常労作時　☐ 3. 強い労作時　☐ 4. なし
易疲労感 （全身倦怠感）	☐ 1. 安静時　☐ 2. 軽い日常労作時　☐ 3. 強い労作時　☐ 4. なし

胸痛 （胸部圧迫感）	□ 1. 安静時	□ 2. 軽い日常労作時	□ 3. 強い労作時	□ 4. なし
動悸（不整脈）	□ 1. 安静時	□ 2. 軽い日常労作時	□ 3. 強い労作時	□ 4. なし
その他	□ 1. あり	□ 2. なし		
	その他の内容			

身体所見				
身長	□□□ cm		体重	□□□ kg
脈拍	□□□ /分		呼吸回数	□□□ /分
収縮期血圧	□□□ mmHg		拡張期血圧	□□□ mmHg
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
肺ラ音	□ 1. あり		□ 2. なし	
	肺ラ音の種類	□ 1. 乾性	□ 2. 湿性	
心音：III 音	□ 1. あり	□ 2. なし	心音：IV 音	□ 1. あり □ 2. なし
心雑音	□ 1. あり ＊1 の場合、以下より選択		□ 2. なし	
	収縮期/拡張期	□ 1. 収縮期	□ 2. 拡張期	

B．検査所見　＊小数点も１文字として記入する

胸部 X 線				
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
心胸比	□□ . □ %			
肺うっ血	□ 1. あり	□ 2. なし	胸水	□ 1. あり □ 2. なし
その他	□ 1. あり	□ 2. なし		
	その他の内容			

心電図（新規）				
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
洞調律	□ 1. あり　□ 2. なし		心拍数	□□□ 回/分
電気軸	□ ＋ □ － □□□ 度		上室期外収縮	□ 1. あり　□ 2. なし
心房細動	□ 1. あり　□ 2. なし		心房粗動	□ 1. あり　□ 2. なし
心室期外収縮	□ 1. あり　□ 2. なし			
	Lown 分類	□ 1. grade 0　□ 2. grade 1　□ 3. grade 2　□ 4. grade 3 □ 5. grade 4a　□ 6. grade 4b　□ 7. grade 5		
心室頻拍	□ 1. あり　□ 2. なし			
	持続性 ／非持続性	□ 1. 持続性 □ 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	□ 1. あり　□ 2. なし			
	種類	□ 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　□ 8. なし		
PQ 時間	□□□□ msec		QRS 時間	□□□□ msec
QT 時間	□□□□ msec			
異常 Q 波	□ 1. あり　□ 2. なし			
	内容			
ST-T 異常	□ 1. あり　□ 2. なし			
	最大誘導			
	電位	□□□□ mV		

その他の異常	内容	

心電図（前回記載時からの変化がある場合に記入）（更新）

検査実施	☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
前回からの変化		

心エコー図

検査実施		☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施			
		検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
検査時の調律					
心拍数		□□□ 回/分			
左室内径	LVDd	□□□□ mm	左室壁厚	IVST	□□□□ mm
	LVDs	□□□□ mm		LVPWT	□□□□ mm
左室駆出率		□□.□ %			
左房径		□□□□ mm	右房径		□□□□ mm
下大静脈径		□□□□ mm			
		呼吸性変動の有無	☐ 1. あり　☐ 2. なし		
壁運動異常		☐ 1. あり　☐ 2. なし			
		部位			
僧帽弁逆流		☐ 1. 軽度　☐ 2. 中等度　☐ 3. 高度			
左室流入血流		☐ 1. あり　☐ 2. なし			

左室流入血流・僧帽弁輪速度	E	□□□□□ cm/s	A	□□□□□ cm/s
	E/A	□□□□	DcT	□□□□ ms
	E’	□□□□ cm/s	E/E’	□□□□
三尖弁逆流	□ 1. あり　□ 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）	□□□□□ mmHg		
心房拡大	□ 1. あり　□ 2. なし			
	□ 右房　□ 左房			
心膜肥厚	□ 1. あり　□ 2. なし	心腔内血栓	□ 1. あり　□ 2. なし	
その他の異常所見	□ 1. あり　□ 2. なし			
	内容			

心臓カテーテル検査（新規）				
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
冠動脈造影所見	□ 1. 正常　□ 2. 異常			
	異常の内容			
大動脈圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	平均	□□□□ mmHg		
左室圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	拡張末期圧	□□□□ mmHg		
右室圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	拡張末期圧	□□□□ mmHg		
左室圧と右室圧の拡張期圧の圧較差		□□□□ mmHg		

肺動脈圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	平均	□□□□ mmHg		
肺動脈楔入圧（平均）	□□□□ mmHg		右房圧	□□□□ mmHg
心拍出量（CO）	□□□□ L/min		心係数（CI）	□□□□ L/min/m^2
心内膜下心筋生検（新規）	□ 1. 正常　□ 2. 異常　□ 3. 未実施			
	異常の内容	□ 1. 間質の線維化　□ 2. 心筋細胞肥大 □ 3. 錯綜配列　□ 4. その他 ＊4 を選択の場合、以下に記入		
シンチグラム（新規）				
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
核種				
壁運動低下	□ 1. あり　□ 2. なし			
	内容			
左室駆出率	□□.□ %			
その他の異常所見	□ 1. あり　□ 2. なし			
	内容			
心臓 CT（新規）				
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
CT 所見における心膜肥厚の有無	□ 1. あり　□ 2. なし			

心臓MRI（新規）		
検査実施	□ 1.実施　□ 2.未実施	
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
MRI所見における心膜肥厚・癒着の有無	□ 1.あり　□ 2.なし	
画像・カテーテル診断（新規）		
1.左室内腔拡大の欠如	□ 1.あり　□ 2.なし	
	診断根拠	□ 1.心エコー　□ 2.MRI　□ 3.その他 ＊3を選択の場合、以下に記入
2.心室肥大の欠如	□ 1.あり　□ 2.なし	
	診断根拠	□ 1.心エコー　□ 2.MRI　□ 3.その他 ＊3を選択の場合、以下に記入
3.正常に近い左室駆出率	□ 1.あり　□ 2.なし	
	診断根拠	□ 1.心エコー　□ 2.MRI　□ 3.左室造影　□ 4.その他 ＊4を選択の場合、以下に記入
4.硬い左室（左室拡張障害所見）	□ 1.あり　□ 2.なし	
	診断根拠	□ 1.心エコー　□ 2.右心カテーテル　□ 3.その他 ＊3を選択の場合、以下に記入

運動耐容能検査				
検査実施	□ 1.実施　□ 2.未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
検査プロトコール	□ 1.トレッドミル　□ 2.自転車　□ 3.6分間歩行			
ガス交換比 (R:VCO_2/VO_2)				
最大Mets	□□□□ Mets	最大心拍数	□□□□ 回/min	
6分間歩行距離	□□□□ m			
peakVO_2	□□□□ mL/min/kg			
	基準値に対して	□ 1.基準値の80%以上　□ 2.基準値の60～80% □ 3.基準値の40～60%　□ 4.基準値の40%未満		
嫌気性代謝閾値 (AT)	□□□□ mL/min/kg			
運動耐容能検査所見の変化	□ 1.変化あり　□ 2.変化なし			
	所見			

血液検査				
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
血球算定	白血球	□□□□□□ /μL		
	赤血球	□□□□ ×10^4/μL		
	ヘモグロビン	□□□□ g/dL	ヘマトクリット	□□.□ %

血液 生化学	空腹時血糖	□□□□ mg/dL	総蛋白	□□□□ g/dL
	アルブミン	□□□□ g/dL	AST	□□□□□ IU/L
	ALT	□□□□□ IU/L	γ-GTP	□□□□□ IU/L
	LDH	□□□□□ IU/L	ALP	□□□□□ IU/L
	BUN	□□□□ mg/dL	クレアチニン	□□□□□ mg/dL
	尿酸	□□□□ mg/dL	ナトリウム	□□□□ mEq/L
	カリウム	□□□□ mEq/L	クロール	□□□□ mEq/L
免疫	CRP	□□□□ mg/dL		
特殊	BNP	□□□□□□ pg/mL		
	NT-proBNP	□□□□□□ pg/mL		

C．遺伝学的検査（新規）

遺伝子検査の実施	□ 1. 実施	□ 2. 未実施
結果		

D．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。	□ 1. 全て除外可	□ 2. 除外不可　□ 3. 不明
□ 1. 収縮性心膜炎	□ 2. 虚血性心疾患の一部	□ 3. 高血圧性心疾患
□ 4. 肥大型心筋症	□ 5. 拡張型心筋症	□ 6. 心内膜心筋線維症
□ 7. 二次性心筋症　＊7 を選択の場合、以下より選択		
□ a. 心アミロイドーシス	□ b. 心サルコイドーシス	□ c. 心ヘモクロマトーシス
□ d. グリコーゲン蓄積症	□ e. 放射線心筋障害	□ f. 家族性神経筋疾患
□ g. その他		

＜診断のカテゴリー＞

Ｂの画像・カテーテル診断で 1～4 の所見を全て有し、Ｄは全て除外可である	□ 1. 該当	□ 2. 非該当

症状の概要、経過、特記すべき事項など　＊250 文字以内かつ 7 行以内

■　発症と経過

心筋症に関する家族歴（新規）	□ 1. あり　□ 2. なし　□ 3. 不明			
	病名			
既往歴（新規）				
心筋炎	□ 1. あり　□ 2. なし		狭心症・心筋梗塞	□ 1. あり　□ 2. なし
弁膜疾患	□ 1. あり　□ 2. なし		先天性疾患	□ 1. あり　□ 2. なし
糖尿病	□ 1. あり　□ 2. なし		血栓塞栓症	□ 1. あり　□ 2. なし
高血圧	□ 1. あり　□ 2. なし			
	未治療時血圧（収縮期）	□□□ mmHg		
	未治療時血圧（拡張期）	□□□ mmHg		
	罹病期間（年）	□□□ 年		
失神	□ 1. あり　□ 2. なし			
その他の既往				

心不全や不整脈治療のための入院歴（過去 1 年間）	□ 1. 2 回以上　□ 2. 1 回　□ 3. なし	
	2 回以上の場合	□□□ 回
飲酒歴	□ 1. あり　□ 2. なし	
	程度	□ 1. 機会飲酒　□ 2. 日本酒 1 日一合以上
	酒量	□□□ 合/日

■　治療その他

使用薬剤等		
ジギタリス		☐ 1.あり　☐ 2.なし
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1.改善　☐ 2.不変　☐ 3.悪化　☐ 4.不明
利尿薬		☐ 1.あり　☐ 2.なし
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1.改善　☐ 2.不変　☐ 3.悪化　☐ 4.不明
ACE 阻害薬		☐ 1.あり　☐ 2.なし
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1.改善　☐ 2.不変　☐ 3.悪化　☐ 4.不明
AII 受容体拮抗薬		☐ 1.あり　☐ 2.なし
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1.改善　☐ 2.不変　☐ 3.悪化　☐ 4.不明

β遮断薬	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
抗不整脈薬	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
血管拡張薬	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
カテコラミン	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明

その他薬剤	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
その他		
補助循環	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	☐ 1. 体内式　☐ 2. 体外式	
	内容	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
心移植	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	内容	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
その他（非薬物治療を含む）の内容		

■　重症度分類に関する事項

拘束型心筋症重症度分類	□ 1. 軽症：中等症の基準を満たさない □ 2. 中等症：NYHA II 度であり、かつ不整脈（2）・入院歴（2）・BNP/NT-proBNP（3）のいずれかを満たす □ 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 □ 4. 最重症：NYHA IV 度、かつ入院歴（4）を満たす
NYHA 分類	□ 1. I　□ 2. II　□ 3. III　□ 4. IV
不整脈	□ 1. なしまたは散発性期外収縮 □ 2. 非持続性心室頻拍または上室性頻脈性不整脈 □ 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	□ 1. なし　□ 2. 1 回　□ 3. 2 回以上 □ 4. 2 回以上入院、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　□□□ 回
BNP　(pg/mL)	□ 1. ＜100　□ 2. 100～499　□ 3. ≧500
NT-proBNP　(pg/mL)	□ 1. ＜400　□ 2. 400～1999　□ 3. ≧2000
PeakVO$_2$　（基準値に対して）	□ 1. 80%以上　□ 2. 60～80%　□ 3. 40～60% □ 4. 施行不能あるいは 40%未満
身体活動能力質問表	
症状が出現する最少運動量	□.□ Mets
1. 夜、楽に眠れますか？（1Met 以下）	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
2. 横になっていると楽ですか？（1Met 以下）	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
3. 一人で食事や洗面ができますか？（1.6Mets）	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
4. トイレは一人で楽にできますか？（2Mets）	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
5. 着替えが一人でできますか？（2Mets）	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない

6. 炊事や掃除ができますか？（2～3Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
7. 自分で布団を敷けますか？（2～3Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
8. ぞうきんがけはできますか？（3～4Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
9. シャワーを浴びても平気ですか？（3～4Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
10. ラジオ体操をしても平気ですか？（3～4Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 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）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 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）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
13. 一人で風呂に入れますか？（4～5Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 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）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 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）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 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）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
17. 雪かきはできますか？（6～7Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 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）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 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）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
20. 水泳をしても平気ですか？（7～8Mets）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
21. なわとびをしても平気ですか？（8Mets 以上）	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない

■　人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

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

医療機関名	
指定医番号	□□□□□□□□□□
医療機関所在地	
電話番号	□□□□□□□□□□□ ＊ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと
記載年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
診断年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 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ます。）
・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。