

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"/> <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							

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

心エコー図 (更新)			
検査年月日	西暦	年	月 日
左室駆出率	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	左室内径 (拡張末期)	<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	心尖部瘤	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
最大圧較差	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	負荷の有無	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
左房径	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm		
僧帽弁逆流	<input type="checkbox"/> 1. 軽度 <input type="checkbox"/> 2. 中等度 <input type="checkbox"/> 3. 高度		

心エコー図 (新規)			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査年月日	西暦	年 月 日
検査時の調律	<input type="checkbox"/> 1. 洞調律 <input type="checkbox"/> 2. 心房細動・心房粗動 <input type="checkbox"/> 3. ペースメーカー調律 <input type="checkbox"/> 4. その他		
心拍数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分		
左室内径	拡張末期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	左室壁厚 (拡張期)
	収縮末期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	中隔 後壁
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<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		
心筋の限局性肥大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="checkbox"/> びまん性 <input type="checkbox"/> 心尖部 <input type="checkbox"/> 非対称性 <input type="checkbox"/> それ以外		
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm		
	呼吸性変動の有無	<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		
心尖部瘤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
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			
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		
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（安静時）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg		
	最大圧較差（負荷時）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg		
心臓カテーテル検査（新規）				
検査実施	<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
冠動脈造影所見 （冠動脈有意狭窄）	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有 <input type="checkbox"/> 3. 未実施			
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 ²		
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	<input type="checkbox"/> 肥大心筋細胞 <input type="checkbox"/> 心筋線維化(線維癒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					
心臓 CT (新規)							
検査実施	<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"/>
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						
心臓 MRI (新規)							
検査実施	<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"/>
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"/>	%

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. 冠動脈疾患
<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. 以下の二次性心筋症
①アルコール性心疾患、産褥心、原発性心内膜線維弾性症		②心筋炎	
③神経・筋疾患に伴う心筋疾患			
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			
⑤栄養性心疾患（脚気心など）			
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）			
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B)の2、C)の(2)、D)の2、E)の1のいずれかを満たす。もしくは、NYHA I 度であり、かつE)の1に該当する <input type="checkbox"/> 3. 重症：NYHA III～IV 度、B)の3、C)の(3)、E)の1のいずれかを満たす。ただし、E)の1に該当する場合はNYHA III 度であること <input type="checkbox"/> 4. 最重症：NYHA IV 度であり、かつC)の(3)または(4)、E)の1または2を満たす			
A) NYHA 分類	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
B) 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			
C) 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) 持続静注からの離脱不能 *3を選択の場合、以下に記入			
	回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
D) 突然死リスク (致死性不整脈、失神・心停止の既往、突然死の家族歴、左室最大壁厚>30mmのうち2項目以上)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり			



E) 補助人工心臓装着等	<input type="checkbox"/> 1. 補助人工心臓の装着中または心臓移植後 <input type="checkbox"/> 2. 補助人工心臓または心臓移植の適応 <input type="checkbox"/> 3. いずれにも該当しない
--------------	--

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

<p> </p>

令和9年4月適用開始予定



■ その他の事項

発症と経過（新規：診断時）

既往歴			
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. 日本酒換算 1日1合以上	
	酒量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	合/日

症状

診断時自覚症状（新規）			
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	不整脈 (他覚所見) <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

検査所見

血液検査			
検査実施	<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
クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	
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"/>	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"/> %
胸水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
その他 (内容)			

心電図 (更新)			
検査実施	<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
前回から変化 した内容	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

心電図 (新規)			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査年月日	西暦	年 月 日
調律	<input type="checkbox"/> 1. 洞調律 <input type="checkbox"/> 2. 心房細動・心房粗動 <input type="checkbox"/> 3. その他		
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
左房負荷	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	異常 Q 波	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
ST-T 異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	巨大陰性 T 波	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
伝導異常	<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	
左室側高電位	SV1+RV5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV	
Holter 心電図検査 (新規)			
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		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 持続性 <input type="checkbox"/> 2. 非持続性 (3 連発以上 30 秒未満のもの)	
運動耐容能検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査年月日	西暦	年 月 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		
最大 Mets	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mets		
peakVO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/min/kg		

ミオシンインヒビター	<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
シベンズリン ジソピラミド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	治療目的	<input type="checkbox"/> 1. 左室内圧較差 <input type="checkbox"/> 2. 不整脈		
	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
その他の 抗不整脈薬	<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
ACE 阻害薬 ARB ARNI	<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
MRA	<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
SGLT2 阻害薬	<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
経口強心薬	<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
その他薬剤	<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
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	
	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	
	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	
	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	
	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
心房細動 カテーテルアブレーション	<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
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	□□□□	年 □□ 月 □□ 日
公費負担者番号	□□□□□□□□		
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	□□□□□□□□		
有効期限	西暦	□□□□	年 □□ 月 □□ 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	□□□□ 年 □□ 月 □□ 日