

## 057 特発性拡張型心筋症

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

## ■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
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"/>							
住所								
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	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 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	<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							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <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

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

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		

B. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

1. 胸部 X 線			
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		
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		
2. 心電図			
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（更新）	内容		

洞調律 (新規)	<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	機軸度	<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
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"/> 1. grade 0 <input type="checkbox"/> 2. grade 1 <input type="checkbox"/> 3. grade 2 <input type="checkbox"/> 4. grade 3 <input type="checkbox"/> 5. grade 4a <input type="checkbox"/> 6. grade 4b <input type="checkbox"/> 7. 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 連発以上で持続が 30 秒未満のもの)	
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	
QRS 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
異常 Q 波	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
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	
左房負荷	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	左室側高電位	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		

3. 心エコー図					
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 <input type="text"/>			
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		<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	
その他の 異常所見		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
		内容 <input type="text"/>			
前回から変化 した内容 (更新)		内容 <input type="text"/>			

4. 心臓カテーテル検査 (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			
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 <sup>2</sup>	
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			
5. 心筋シンチグラム (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		
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		
6. 心臓CT (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	
CT 所見の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	異常の内容		
7. 心臓MRI (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	
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"/> %		
8. 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 <sub>2</sub>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/min/kg							
	基準値の割合	<input type="checkbox"/> 1. 基準値の 80%以上	<input type="checkbox"/> 2. 基準値の 60~80%	<input type="checkbox"/> 3. 基準値の 40~60%	<input type="checkbox"/> 4. 基準値の 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							
9. 血液検査								
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	<input type="text"/> <input type="text"/>
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"/> <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						
	$\gamma$ -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						
	ALP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L						
	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
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

### C. 遺伝学的検査 (新規)

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 非実施
<input type="checkbox"/> 1. ミトコンドリア DNA	<input type="checkbox"/> 2. 心筋β-ミオシン重鎖遺伝子	
<input type="checkbox"/> 3. ジストロフィン遺伝子	<input type="checkbox"/> 4. その他	
*4を選択の場合、以下に記入		

### 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
*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. その他 (アミロイドーシス、サルコイドーシス、薬剤性など)			

### <診断のカテゴリー>

特発性心筋症において、B検査所見で左室収縮低下、および左室内腔拡大を認め、D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
---	--------------------------------	---------------------------------

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）	<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 style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mmHg
	未治療時血圧 (拡張期)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mmHg
	罹病期間(年)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年
入院歴		
心不全や不整脈治療のための 入院歴（過去1年間）	<input type="checkbox"/> 1. 0回 <input type="checkbox"/> 2. 1回 <input type="checkbox"/> 3. 2回以上の場合 *3を選択の場合、以下に記入	
	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 回	
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 style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 合/日

■ 治療その他

使用薬剤等	
ジギタリス	<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
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
ACE 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
AII 受容体拮抗薬	<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
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		

■ 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"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. 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 <small>*3 を選択の場合、以下に記入</small>
	回数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
BNP (pg/mL)	<input type="checkbox"/> 1. <100 <input type="checkbox"/> 2. 100～499 <input type="checkbox"/> 3. ≥500
NT-proBNP (pg/mL)	<input type="checkbox"/> 1. <400 <input type="checkbox"/> 2. 400～1999 <input type="checkbox"/> 3. ≥2000
PeakVO <sub>2</sub> (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

身体活動能力質問表	
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

■ 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"/>		
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"/>	*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	<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。
- ・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。