

059 拘束型心筋症

■ 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"/> <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"/> <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

診断（新規）

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

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（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

胸痛 (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
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			
	その他の内容			
身体所見				
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/分	呼吸回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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"/>
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
浮腫	<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
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
心雑音	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし			
	収縮期/拡張期	<input type="checkbox"/> 1. 収縮期 <input type="checkbox"/> 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	<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"/>
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			
	その他の内容			

心電図 (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	
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"/> 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		
	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	<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 <input type="checkbox"/> 8. なし	
PQ 時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> msec	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	

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	<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
前回からの変化		
心エコー図		
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
	LVDs	<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
		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	右房径 <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	
	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	
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	
心房拡大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	<input type="checkbox"/> 右房		<input type="checkbox"/> 左房	
心膜肥厚	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	心腔内血栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
その他の異常所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	内容			
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	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常			
	異常の内容			
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		
左室圧と右室圧の拡張期圧の圧較差	<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 ²		
心内膜下 心筋生検 (新規)	<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"/> 1. 間質の線維化 <input type="checkbox"/> 2. 心筋細胞肥大 <input type="checkbox"/> 3. 錯綜配列 <input type="checkbox"/> 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	<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"/>
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"/>	%			
その他の 異常所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし						
	内容						
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"/>
CT 所見における 心膜肥厚の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし						

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
MRI 所見における 心膜肥厚・癒着の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
画像・カテーテル診断（新規）	
1. 左室内腔拡大の 欠如	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断根拠 <input type="checkbox"/> 1. 心エコー <input type="checkbox"/> 2. MRI <input type="checkbox"/> 3. その他 *3 を選択の場合、以下に記入
2. 心室肥大の欠如	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断根拠 <input type="checkbox"/> 1. 心エコー <input type="checkbox"/> 2. MRI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断根拠 <input type="checkbox"/> 1. 心エコー <input type="checkbox"/> 2. MRI <input type="checkbox"/> 3. 左室造影 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断根拠 <input type="checkbox"/> 1. 心エコー <input type="checkbox"/> 2. 右心カテーテル <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施										
	検査日	西暦	<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 ₂ /VO ₂)											
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"/>	回/min
6分間歩行距離	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m						
peakVO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mL/min/kg						
	基準値に対して					<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										
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	
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"/>	/μL			
	赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	×10 ⁴ /μL					
	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	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
	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. 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。	<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. 収縮性心膜炎	<input type="checkbox"/> 2. 虚血性心疾患の一部	<input type="checkbox"/> 3. 高血圧性心疾患	
<input type="checkbox"/> 4. 肥大型心筋症	<input type="checkbox"/> 5. 拡張型心筋症	<input type="checkbox"/> 6. 心内膜心筋線維症	
<input type="checkbox"/> 7. 二次性心筋症 *7を選択の場合、以下より選択			
<input type="checkbox"/> a. 心アミロイドーシス	<input type="checkbox"/> b. 心サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> c. 心ヘモクロマトーシス	
<input type="checkbox"/> d. グリコーゲン蓄積症	<input type="checkbox"/> e. 放射線心筋障害	<input type="checkbox"/> f. 家族性神経筋疾患	
<input type="checkbox"/> 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	<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

	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明		
心筋症に関する 家族歴（新規）	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
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"/>	mmHg
	未治療時血圧（拡張期）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg
	罹病期間（年）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年
失神	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 1.2回以上 <input type="checkbox"/> 2.1回 <input type="checkbox"/> 3.なし		
	2回以上の場合	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回
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 type="text"/> <input type="text"/> <input 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		
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

拘束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 (3) 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"/> 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 ₂ (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"/>	<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	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。