

QT 短縮症候群調査用紙

御施設名 () 報告者ご芳名 () 記入日 ()

患者情報

- A. イニシャル ()
B. 生年月日 西暦 年 月 日
C. 性別 男 女
D. Status Proband Family Member (Proband との関係:)

臨床情報

- E. 失神発作 (非内服下) : 有 (初回失神発作年齢: ___才___ヵ月) 無
回数 (1回、2回、3回以上)
誘因 運動中 安静時 睡眠時 その他
(具体的な発作出現時の状況: _____)
- F. 心停止、心室細動 (非内服下) : 有 (初回心停止、VF年齢: ___才___ヵ月) 無
回数 (1回、2回、3回以上)
誘因 運動中 安静時 睡眠時 その他
(具体的な発作出現時の状況: _____)
- G. 心房細動 (非内服下) : 有 (初回確認年齢: ___才___ヵ月) 無
回数 (1回、2回、3回以上)
誘因 運動中 安静時 睡眠時 その他
(具体的な発作出現時の状況: _____)
- H. 早期再分極 (J波) 無 有 (心電図の添付をお願い致します。)
I. 徐脈 無 有

- J. 合併症 てんかん Brugada 様 ST 上昇 洞機能不全症候群
房室ブロック 右脚ブロック 左脚ブロック
周期性四肢麻痺 先天性心疾患 ()
その他 () 無 発症年齢 ___才___ヵ月

K. QT 短縮症候群の家族歴

家族歴ありの場合、具体的の家族構成等お知らせ下さい

-
- L. 最終状況 生存 死亡（心臓突然死）
死亡（他の原因：_____） 死亡（原因不明）
最終状況確認年齢（死亡時は死亡時間年齢）（__才__ヵ月）

治療

- M. 治療 有 治療開始時年齢（__才__ヵ月） 治療開始時年齢不明
無
治療有無不明
- N. 抗不整脈薬投与 有 無 確認年月日（____年__月__日）体重（__Kg）
有の場合 β-blocker （薬剤名 _____ : _____ mg/日）
メキシレチン （ _____ mg/日） ベラパミル （ _____ mg/日）
キニジン （ _____ mg/日）
その他 （薬剤名 _____ : _____ mg/日）
- O. ペースメーカー 有 無 植込み年齢（__歳__ヵ月）
- P. 交感神経遮断術 有 無 実施時年齢（__歳__ヵ月）
- Q. 植込型除細動器 (ICD) 有 無 植込み年齢（__歳__ヵ月）

R. 診断後の経過

- 失神発作： 有（診断後初回失神年齢：__才__ヵ月） 無
回数（1回、2回、3回以上）
誘因 運動中 安静時 睡眠時 その他
（具体的な発作出現時の状況：_____）
- 心停止、心室細動： 有（診断後初回心停止、VF年齢：__才__ヵ月） 無
回数（1回、2回、3回以上）
誘因 運動中 安静時 睡眠時 その他
（具体的な発作出現時の状況：_____）
-

安静時 12 誘導心電図 ※コピーの添付をお願い致します。

心電図記録時 年齢：（ ___才___ヵ月）

心電図記録時内服治療の有無： 有 内容（ _____ ）
無 不明

検査所見 実施した検査にチェックをしてください。

トレッドミル運動負荷心電図

※安静時、運動開始から記録終了まで 1 分毎の心電図コピーの添付をお願いします。

トレッドミル運動負荷時 年齢：（ ___才___ヵ月）

トレッドミル運動負荷時内服治療の有無：有 内容（ _____ ）
無 不明

顔面冷水負荷心電図 年齢：（ ___才___ヵ月）

※安静時、運動開始から記録終了まで 1 分毎の心電図コピーの添付をお願いします。

頻拍性不整脈の出現 なし、あり（ _____ ）

徐脈性不整脈の出現 なし、あり（ _____ ）

ホルター心電図 年齢：（ ___才___ヵ月）

頻拍性不整脈の出現 なし、あり（ _____ ）

徐脈性不整脈の出現 なし、あり（ _____ ）

最大心拍数（ _____ bpm） 最小心拍数（ _____ bpm）

電氣的生理学検査 検査時年齢（ ___才___ヵ月）

洞機能検査解析（SACT _____ ms, CSACT _____ ms, SRT _____ s, CSRT _____ s）

His 束心電図（AH _____ ms, HV _____ ms, BCL _____ ms）

AF 誘発試験 判定（陽性、陰性、境界）

VT/VF 誘発試験 判定（陽性、陰性、境界）

その他の試験結果（ _____ ）

加算平均心電図 検査時年齢（ ___才___ヵ月）

Late potential（陽性、陰性、境界）

fQRS（ _____ ms）、LAS40（ _____ ms）、RMS4（ _____ μ V）

心エコー検査 検査時年齢（ ___才___ヵ月）

左室壁運動異常（有、無）有の場合、その詳細（ _____ ）

IVS（ _____ mm）、PW（ _____ mm）、LVDd（ _____ mm）、LVDs（ _____ mm）

FS（ _____ %）、EF（ _____ %） その他の異常 無、有（所見 _____ ）

血液生化学検査 検査時年齢（ ___才___ヵ月）

血清 Na 濃度 _____ mEq/dl、血清 K 濃度 _____ mEq/dl、血清 Ca 濃度 _____ mg/dl、

TSH _____ μ U/ml、fT3 _____ pg/ml、fT4 _____ ng/dl、pH _____
