

肥大型心筋症 (HCM) 調査用紙

※ 以下、遺伝子検査依頼時、もしくは直近の情報をお願いします。

報告者情報

御施設名	御記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
報告者御芳名	メールアドレス

被験者情報

イニシャル (_____) 診断時年齢 _____ 歳 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 性別 男 女 患者 家族 (患者との関係: _____)

家族歴 家族歴が有る場合は、家系図の記載をお願い致します。

HCM の家族歴 無 有 (患者との続柄 _____) (現在の年齢 _____ 歳)
 その他心疾患の家族歴 無 有 (患者との続柄 _____) (病名 _____)

家系図

例: 患者は女性で、兄がいて
父が死亡している場合

<input type="checkbox"/>	男性
<input type="circle"/>	女性
<input checked="" type="checkbox"/>	死亡している男性
<input checked="" type="circle"/>	死亡している女性
	発端者

臨床情報 (年 月 日現在)

身長 ____ cm 体重 ____ kg 血圧 ____ / ____ mmHg NYHA I II III IV
HCM 診断日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 心不全による入院歴 無 有 (____ 回、過去 1 年 有 無)

合併症

失神 無 有 血栓塞栓症 無 有 血液透析 無 有
心房細動 無 有 (発作性 持続性 永続性) **心房細動時の心電図のコピーを添付してください**
その他 無 有

検査所見

血液検査 (年月日: 年 月 日)

BNP _____ pg/ml NT-proBNP _____ pg/ml Cr _____ mg/dL

※下記検査項目をご記入いただき、各検査結果の添付をお願い致します。

安静時心電図 (年月日: 年 月 日)

Holter 心電図 未施行 施行 (年月日: 年 月 日)

心臓超音波検査所見 未施行 施行 (年月日: 年 月 日)

LVDd ____ mm LVDs ____ mm FS ____ % LAD ____ mm
左室壁肥厚部位 無 中隔全体 前壁中隔 側壁 その他 (_____)
最大肥厚部位 _____ 壁厚 ____ mm 肥厚していない部位の壁厚 ____ mm
壁運動異常 無 有 (_____) EF ____ % (Teichholz) ____ % (Simpson)
AR _____ MR _____ PR _____ TR _____ (TR-PG ____ mmHg)
E/A _____ E/e' _____ その他 (_____)

MRI 所見 未施行 施行 (年月日: 年 月 日)

遅延造影 無 有 (部位 _____) 左室肥大部位 無 有 (部位 _____) EF ____ %
その他 (_____)

心筋生検 無 有 (年月日: 年 月 日)

治療

藥物治療 無 有

デバイス治療 無 有 (年月日 年 月 日)

□ペースメーカー □植込み型除細動器 □心臓再同期療法 (□CRT-P □CRT-D) 適切な除細動

アブレーション 無 有

PTSMA 無 有 (年月日 年 月 日)

外科手術 無 有 (年月日 年 月 日)

□ 経大動脈弁の左心室心筋切除術 □ 左心室心筋切除術 □ 僧帽弁置換術 □ 助人工心臓

□その他 ()

心臓移植 無 (移植希望登録 無 有) 有 (移植年月日 年 月 日)

軒牖

最終狀況

□生存 最終診察日 年 月 日

□死亡 死亡年月日 年 月 日

死因 心臓突然死 心不全死 原因不明 その他()