

検体番号（こちらで使します）

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

	<p>例：患者は女性で、兄がいて 父が死亡している場合</p>  <p><input type="checkbox"/> 男性 <input type="circle"/> 女性 <input type="checkbox"/> 死亡している男性 <input type="circle"/> 死亡している女性 <input type="arrow"/> 発端者</p>
--	--

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

薬物治療 ☐無 ☐有

☐ARB 薬剤名 (mg/日) _____

☐ β 遮断薬 薬剤名 (mg/日) _____

☐抗不整脈薬 薬剤名 (mg/日) _____

☐その他 薬剤名 (mg/日) _____

薬剤名 (mg/日) _____

薬剤名 (mg/日) _____

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 _____回

アブレーション ☐無 ☐有

年月日	疾患	手技	結果
例 2018.4.1	AF	PVI	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
			<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功

PTSMA ☐無 ☐有 (年月日 年 月 日)

外科手術 ☐無 ☐有 (年月日 年 月 日)

☐経大動脈弁的左心室心筋切除術 ☐左心室心筋切除術 ☐僧帽弁置換術 ☐補助人工心臓

☐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)

転帰

最終状況

☐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 ()