

QT 延長症候群調査用紙

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
- C. 性別 ☐男 ☐女
- D. Status ☐Proband ☐Family Member (Proband との関係:)

臨床情報

- E. 失神発作 (β -blocker 非内服下): ☐有 (初回失神発作年齢: 才) ☐無
誘因 ☐運動中 ☐水泳中 ☐音刺激 ☐妊娠中
☐安静睡眠時 ☐その他
(具体的な発作出現時の状況:)

- F. 心停止、心室細動
(β -blocker 非内服下): ☐有 (初回心停止、VF 年齢: 才) ☐無
誘因 ☐運動中 ☐水泳中 ☐音刺激 ☐妊娠中
☐安静睡眠時 ☐その他
(具体的な発作出現時の状況:)

- G. TdP (Torsade De Pointes) 確認 ☐無 ☐有 (心電図の添付をお願い致します。)
- H. 交替性 T 波確認 ☐無 ☐有 (T 波形については判断困難の場合は
- I. ノッチ T 波確認 ☐無 ☐有 空欄として下さい。)
- J. 徐脈 ☐無 ☐有
- K. 嚙 ☐無 ☐有
- L. QT 延長症候群の家族歴
家族歴ありの場合、具体的家族構成等お知らせ下さい

--

M. 合併症 ☐心房細動 ☐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
 ☐てんかん ☐周期性四肢麻痺 ☐その他 (_____)
 ☐精神発達遅滞 ☐無

N. 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)

O. 最終状況確認年齢 (死亡時は死亡時間年齢) (____才)
 死亡時 β -blocker 内服の有無 : ☐無 ☐有

治療

P. 治療 ☐有 治療開始時年齢 (____才) ☐治療開始時年齢不明
 ☐無
 ☐治療有無不明

Q. 抗不整脈薬 ☐薬物投与無
 ☐ β -blocker (薬剤名 : mg/日)
 ☐メキシレチン (mg/日)
 ☐ベラパミル (mg/日)
 ☐その他 (薬剤名 : mg/日)

※< β -blocker 投与された場合 >

内服中の失神発作 : ☐有 (初回失神発作年齢 ____才) ☐無
内服中の心停止、心室細動発作 : ☐有 (初回心停止、VF 年齢 ____才) ☐無

R. ペースメーカー ☐有 ☐無
S. 交感神経遮断術 ☐有 ☐無
T. 植込型除細動器 (ICD) ☐有 ☐無

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)
心電図記録時 β -blocker 内服の有無 : ☐有 ☐無 ☐不明

トレッドミル運動負荷心電図 ※コピーの添付をお願い致します。 (立位、ピーク時、回復期 1,2,4,6 分)

トレッドミル運動負荷時 年齢 : (____才)
トレッドミル運動負荷時 β -blocker 内服の有無 : ☐有 ☐無 ☐不明