

症例登録票

症例番号		(各施設の番号) -							
登録日		年		月		日			
患者背景	生年月	年		月		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	身長	cm		体重		kg			
バイタルサイン		血圧		脈拍数		酸素飽和度(SpO ₂)	%		
診断名 (表1診断名リストより番号を選んで記載してください)		心疾患診断名							
		診断追加情報							
		手術情報							
合併症・既往症		<input type="checkbox"/> 染色体異常・症候群 <input type="checkbox"/> 肺高血圧 <input type="checkbox"/> Eisenmenger化 <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎の既往 <input type="checkbox"/> 蛋白漏出性胃腸症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 塞栓症の既往 <input type="checkbox"/> 出血性合併症の既往 <input type="checkbox"/> 不整脈 (<input type="checkbox"/> PSVT <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> AFL <input type="checkbox"/> NSVT <input type="checkbox"/> sustained VT <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 現在の喫煙 <input type="checkbox"/> 現在の妊娠 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 残存シャント(<input type="checkbox"/> 左右、 <input type="checkbox"/> 右左) <input type="checkbox"/> デバイス植込み (<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRTP <input type="checkbox"/> CRTD <input type="checkbox"/> その他 ())							
NYHA分類		<input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> II		<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV			
抗凝固療法	抗凝固薬	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> エドキサバン		<input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン			
	投与量	mg/日		INR(※ワルファリンの場合)					
	適応	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 弁置換術後 <input type="checkbox"/> 動脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> チアノーゼ		<input type="checkbox"/> Fontan術後 <input type="checkbox"/> 心腔内血栓 <input type="checkbox"/> 川崎病			
CHA ₂ DS ₂ Vasc score に関する項目		<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 虚血性脳卒中 <input type="checkbox"/> 血管疾患 (<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 大動脈プラーク ※複数選択可)							
HAS-BLED score に関する項目		<input type="checkbox"/> 登録時高血圧(<input type="checkbox"/> 140-160mmHg, <input type="checkbox"/> >160mmHg) <input type="checkbox"/> 腎機能異常 <input type="checkbox"/> 肝機能異常 <input type="checkbox"/> 出血素因 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬の内服 <input type="checkbox"/> NSAIDsの内服 <input type="checkbox"/> アルコール中毒 <input type="checkbox"/> INR不安定 (<input type="checkbox"/> INR 3.5以上のエピソード <input type="checkbox"/> TTR<60% ※複数選択可)							
血液所見	ヘモグロビン	g/dL	ヘマトクリット	%	血小板	×10 ⁴ /μl	アルブミン	g/dL	
	クレアチニン	g/dL	推算糸球体濾過量(eGFR)		ml/min/1.73m ²		BNP or NTproBNP	pg/ml	
画像所見 (心エコー・心臓MRI・心臓カテーテル検査など)		体心室機能		<input type="checkbox"/> 40%以上 <input type="checkbox"/> 40%以下		<input type="checkbox"/> 不明			
		体心室morphology		<input type="checkbox"/> 左心室 <input type="checkbox"/> 右心室		<input type="checkbox"/> 不明			
		体心室駆出率		%		左房容積係数		mL/m ²	
		moderate以上の弁逆流		(体心室)		<input type="checkbox"/> 半月弁 <input type="checkbox"/> 房室弁		<input type="checkbox"/> 房室弁	
				(肺動脈下心室)		<input type="checkbox"/> 半月弁 <input type="checkbox"/> 房室弁		<input type="checkbox"/> 房室弁	
		moderate以上の弁狭窄		(体心室)		<input type="checkbox"/> 半月弁 <input type="checkbox"/> 房室弁		<input type="checkbox"/> 房室弁	
		(肺動脈下心室)		<input type="checkbox"/> 半月弁 <input type="checkbox"/> 房室弁		<input type="checkbox"/> 房室弁			
		その他(自由記載)							
内服薬		<input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> ACE阻害薬/ARB <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> 肺血管拡張薬 <input type="checkbox"/> ジゴキシン <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬							

※ 登録データは、症例登録日より以前のもので、一番新しいものを採用してください