

検体番号 (こちらで使います)

拡張型心筋症 (DCM) 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

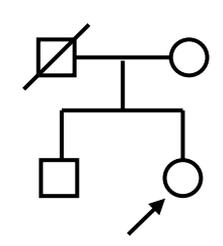
イニシャル (_____) | 診断時年齢 _____ 歳 生年月日 西暦 _____年__月__日
性別 男 女 患者 家族 (患者との関係: _____)

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。

DCM の家族歴 無 有 (患者との続柄 _____) (診断時年齢 _____ 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



□ 男性
○ 女性
◻ 死亡している男性
◌ 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
DCM 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
IVC _____mm 呼吸性変動 無 有 EF _____% (Teichholz) _____% (Simpson)
AR _____ MR _____ PR _____ TR _____ (TR-PG _____mmHg)
その他(_____)

MRI 所見 未施行 施行 (年月日: 年 月 日)

心筋中層遅延造影 有 無 左室内腔拡大 有 無 EF _____%
その他(_____)

心筋生検 無 有 (年月日: 年 月 日)

治療

薬物治療 無 有 (年 月 日現在)

- ARB 薬剤名 (mg/日) _____
- β遮断薬 薬剤名 (mg/日) _____
- 利尿剤 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 (植込年月日: 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

アブレーション治療 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

外科手術 無 有

左室形成術 補助人工心臓 僧帽弁形成術 僧帽弁置換術 僧帽弁輪縫縮術

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 ()