

【登録時調査票】

糖尿病における血管合併症の発症予防と進展抑制に関する調査
 細小血管症・大血管症共同研究調査票

班研究登録番号
 (記入不要)

登録
 年月日

19□□年□□月□□日

記入日：19 年 月 日

医療機関名		科 名	
フリガナ		貴施設における 本研究の最終 責任者名	
記入者名	(印)		

フリガナ		貴院での ID No.	
患者氏名		性 別	1□ 男 2□ 女
生年月日	19□□年□□月□□日		

糖尿病と診断された時期	19□□年□□月	糖尿病病型	1□ NIDDM 2□ IDDM 3□その他
-------------	----------	-------	------------------------

既往症・併発症 (糖尿病、血管障害 以外の主要なもの 3つ以内)	1.	コト	白内障の手術 既往歴	右眼	1□ あり 2□ なし 3□ 不明
	2.	コト		19□□年□□月□□日	
	3.	コト	左眼	1□ あり 2□ なし 3□ 不明	
				19□□年□□月□□日	

登録時分類	I 細小血管症および大血管症の両者を追跡	1. ライフスタイル 中央管理	コト	I-1
		2. ライフスタイル非中央管理	コト	I-2
	II 細小血管症のみを追跡	1. ライフスタイル 中央管理	コト	II-1
		2. ライフスタイル非中央管理	コト	II-2
	III 大血管症のみを追跡	1. ライフスタイル 中央管理	コト	III-1
		2. ライフスタイル非中央管理	コト	III-2

患者連絡先	自宅住所 〒	TEL	-	-
その他屋間の 連絡先	1□ 連絡可 2□ 連絡不可	住所 〒	TEL	-

患者同意	同意取得日	19□□年□□月□□日		
	1□ 文書	【1□本人 2□代理人等(続柄)】		
	2□ 口頭	【理由: _____】		

必須項目：1～4は必ず実施願います。

【1. 登録時臨床所見】

測定日	19□□年 □□月□□日
身長 (cm)	
体重 (kg)	
BMI (kg/m ²)	(記入不要)
ウエスト (cm)	
ヒップ (cm)	
ウエスト/ヒップ	(記入不要)
指示カロリー	1□ 指示あり (□□□□kcal) 2□ 指示なし 理由： <input type="text"/>

【2. 登録時検査所見】

検査日	19□□年 □□月□□日
血圧 収縮期 (mmHg)	
拡張期 (mmHg)	
血糖値 空腹時 (mg/dl)	
HbA _{1c} (stable) (%)	
血清総コレステロール (mg/dl)	
血清中性脂肪 (空腹時) (mg/dl)	
血清HDL-コレステロール (mg/dl)	
Lp (a) (mg/dl)	
空腹時血清CPR (ng/ml)	
空腹時血清IRI (μU/ml)	

【3. 胸部×線】

撮影日：	19□□年□□月□□日	
1□ 正常	2□ 大動脈石灰化あり	3□ その他特記すべき所見
所見： <input type="text"/>		

任意項目：4の1～3は可能な限り実施願います。

【4. その他の検査成績】

1. マスター運動負荷心電図

1□ 実施 2□ 未実施	施行年月日： 19□□年□□月□□日
方法	1□ シングル 2□ ダブル 3□ トリプル 4□ その他 ()
成績	1□ 陰性 2□ border line 3□ 陽性 4□ 判定不能

2.トレッドミル運動負荷心電図

1 <input type="checkbox"/> 実施	2 <input type="checkbox"/> 未実施	施行年月日： 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日		
成 績	1 <input type="checkbox"/> 陰性	2 <input type="checkbox"/> border line	3 <input type="checkbox"/> 陽性	4 <input type="checkbox"/> 判定不能

3.耐糖能検査

1. 初診時	〔1 <input type="checkbox"/> 50 2 <input type="checkbox"/> 75 3 <input type="checkbox"/> 100 4 <input type="checkbox"/> 食事負荷 5 <input type="checkbox"/> 未測定〕			
施行年月日： 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日				
	0	30分	60分	120分
血糖値 (mg/dl)				
IRI (μ U/ml)				
CPR (ng/ml)				
その他 ()				
2. 登録時 *	〔1 <input type="checkbox"/> 50 2 <input type="checkbox"/> 75 3 <input type="checkbox"/> 100 4 <input type="checkbox"/> 食事負荷 5 <input type="checkbox"/> 未測定〕			
施行年月日： 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日				
	0	30分	60分	120分
血糖値 (mg/dl)				
IRI (μ U/ml)				
CPR (ng/ml)				
その他 ()				

*登録時はできるだけ75g G T Tを実施する。

必須項目：5の1～3は必ず実施願います。

【5. 糖尿病性合併症】

1. 糖尿病性神経症

検査日	19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
アキレス腱反射	1 <input type="checkbox"/> 正常 2 <input type="checkbox"/> 低下 3 <input type="checkbox"/> 消失 4 <input type="checkbox"/> 亢進 5 <input type="checkbox"/> 判定不能 (理由：)
膝蓋腱反射	1 <input type="checkbox"/> 正常 2 <input type="checkbox"/> 低下 3 <input type="checkbox"/> 消失 4 <input type="checkbox"/> 亢進 5 <input type="checkbox"/> 判定不能 (理由：)
異常知覚	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり (症状：)

2.糖尿病性腎症

検査日	19□□年□□月□□日
血清クレアチン (Cr) (mg/dl)	
BUN (mg/dl)	

検査日	1回目	2回目
	19□□年□□月□□日	19□□年□□月□□日
尿蛋白* (随時尿) *試験紙法による 1.- 2.± 3.+ 4.++以上	1□ 2□ 3□ 4□	1□ 2□ 3□ 4□
尿沈渣 (尿蛋白が±以上の場合に必須) 1 正常 2 異常 3 未測定	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□
尿沈渣異常の場合 赤血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□
白血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□

検査日	1回目	2回目	平均値
	19□□年□□月□□日	19□□年□□月□□日	
尿アルブミン (随時尿) 尿アルブミン(Alb)濃度 (mg/l)			
尿 Cr濃度 (g/l)			
尿 Alb/Cr (mg/gCr)			
尿沈渣 1.正常 2.異常 3.未測定	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□	
尿沈渣異常の場合 赤血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□	
白血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□	

3. 糖尿病性網膜症

ステージ	眼底検査所見	登録時 (19□□年□□月□□日)	
		右眼	左眼
1	点状出血	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	斑状出血	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	硬性白斑	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
2	軟性白斑	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
3	IRMA	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	静脈奇形	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
4	新生血管	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	網膜前増殖組織	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	硝子体出血	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	網膜剥離	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
重症度ステージ*		1□ ステージ 0 ** 2□ ステージ 1 3□ ステージ 2 4□ ステージ 3 5□ ステージ 4 6□ 判定不能 (理由:)	1□ ステージ 0 ** 2□ ステージ 1 3□ ステージ 2 4□ ステージ 3 5□ ステージ 4 6□ 判定不能 (理由:)

* 本研究班における重症度ステージに従う。

** ステージ 0 : 糖尿病性網膜症所見なし

ステージ 2 以上の場合は蛍光眼底を施行

ステージ	眼底検査所見	実施日 (19□□年□□月□□日)	
		右眼	左眼
2	網膜毛細血管床閉塞領域 (NP) が 2 象限以内	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
3	NP が 3 象限以上	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	IRMA	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
	静脈奇形	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
4	新生血管	1□ - 2□ +	1□ - 2□ +
重症度ステージ*		1□ ステージ 2 2□ ステージ 3 3□ ステージ 4 4□ 判定不能 (理由:)	1□ ステージ 2 2□ ステージ 3 3□ ステージ 4 4□ 判定不能 (理由:)

* 本研究班における重症度ステージに従う。

両眼のうち眼底検査あるいは蛍光眼底検査での 最重症度ステージ*	1 <input type="checkbox"/> ステージ 0 2 <input type="checkbox"/> ステージ 1 3 <input type="checkbox"/> ステージ 2
	4 <input type="checkbox"/> ステージ 3 5 <input type="checkbox"/> ステージ 4 6 <input type="checkbox"/> 判定不能
	判定不能理由： <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

*本研究班における重症度ステージに従う。

眼底写真の有無 ** (細小血管症の追 跡例では必須)	右 眼	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり	(撮影日: 19 年 月 日)
	左 眼	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり	(撮影日: 19 年 月 日)

**撮影方法は調査実施計画書の別紙3に従って施行する。

【 6 . 登録時の治療薬剤 】

糖尿病 治療用薬	インスリン		1 <input type="checkbox"/> 投与なし 2 <input type="checkbox"/> 投与あり
	経口 糖尿病薬	SU剤	1 <input type="checkbox"/> 投与なし 2 <input type="checkbox"/> 投与あり
		α -グルコシターゼ阻害剤	1 <input type="checkbox"/> 投与なし 2 <input type="checkbox"/> 投与あり
		インスリン感受性改善薬	1 <input type="checkbox"/> 投与なし 2 <input type="checkbox"/> 投与あり
	アルドース還元酵素阻害剤		1 <input type="checkbox"/> 投与なし 2 <input type="checkbox"/> 投与あり
降圧薬	1 <input type="checkbox"/> 投与なし		
	2 <input type="checkbox"/> 投与あり	1 <input type="checkbox"/> ACE阻害剤 2 <input type="checkbox"/> Ca拮抗剤 3 <input type="checkbox"/> β -遮断薬 4 <input type="checkbox"/> α -遮断薬 5 <input type="checkbox"/> α, β -遮断薬 6 <input type="checkbox"/> 利尿剤 7 <input type="checkbox"/> その他	その他の降圧薬： <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
高脂血症 治療用薬	1 <input type="checkbox"/> 投与なし		
	2 <input type="checkbox"/> 投与あり	1 <input type="checkbox"/> HMG CoA還元酵素阻害剤 2 <input type="checkbox"/> クロフィブラート剤 3 <input type="checkbox"/> プロブコール 4 <input type="checkbox"/> ニコチン酸製剤 5 <input type="checkbox"/> その他	その他の高脂血症治療用薬： <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

【 心 電 図 】

検査日 : 19□□年□□月□□日	
心房細動	1□なし 2□あり
$S_{V_1} + R_{V_5 \text{ or } V_6} > 35\text{mm}$ または $R_{V_5 \text{ or } V_6} > 26\text{mm}$	1□なし 2□あり
ST低下 (ST seg平低または下降型)	1□なし 2□あり
	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">ありの場合</div> <ul style="list-style-type: none"> ① <input type="checkbox"/> ST↓ $\geq 2.0\text{mm}$ ② <input type="checkbox"/> $1.0 \leq \text{ST}\downarrow < 2.0$ ③ <input type="checkbox"/> $0.5 \leq \text{ST}\downarrow < 1.0$ ④ <input type="checkbox"/> ST↓ < 0.5
T波逆転または平低化	1□なし 2□あり
	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">ありの場合</div> <ul style="list-style-type: none"> ① <input type="checkbox"/> 陰性T $\geq 5\text{mm}$ ② <input type="checkbox"/> $1 \leq \text{陰性T} < 5$ ③ <input type="checkbox"/> $1 \leq 2\text{相性T} < 5$ ④ <input type="checkbox"/> 陰性T < 1 ⑤ <input type="checkbox"/> 2相性T < 1 ⑥ <input type="checkbox"/> T平低 (零) ⑦ <input type="checkbox"/> T/R $< 1/20$ ⑧ <input type="checkbox"/> T/R $< 1/10$
その他の特記すべき所見 (不整脈、伝導障害など)	

4年次：追跡調査票

JDCStudy

調査対象期間

1999年4月1日～2000年3月31日

調査票提出期間

2000年4月1日～2000年6月30日

中央登録番号

登録時分類

医療機関名 ・科名			
フリガナ 記入者名	(印)	貴施設に於ける 本研究の 最終責任者名	

フリガナ 患者氏名		カルテ番号	
--------------	--	-------	--

↓該当する方に○を付けてください

I. 患者の生存：回答必須項目

1. 死亡 → 右欄に記入 2. 生存 3. 不明	→ IIへ
転院後死亡の場合 → II Aと右欄へ	
来院頻度(1999. 4. 1～2000. 3. 31)	
1. 1ヶ月に1回以上	
2. 3ヶ月に1回～1ヶ月に1回未満	
3. 6ヶ月に1回～3ヶ月に1回未満	
4. 6ヶ月に1回未満	

死亡日	1999/2000年 月 日
死因	1. 心血管障害死 2. 突然死 3. その他[] 4. 不明
直接死因となつた疾患名	

→ 9ページの大血管障害の発症に回答して下さい

II. 患者の移動

↓該当する方に○を付けてください

1. あり(最終来院日：1999/2000年 月 日) 2. なし 3. 不明	→ III(次頁)へ	→ 下記に記入
-----------------------------------------------	------------	---------

II A. 転院

転院先医療機関名・科名

主治医名	転院先主治医に本患者が本研究の追跡対象であることを： 1. 通知し追跡の了解を得た 2. 通知したが追跡の了解は得られず 3. 通知していない 4. その他[]
転院先医療機関住所 〒	

II B. 転居

患者連絡先	自宅住所 〒	TEL	-	-
その他昼間の連絡先	1. 連絡可 2. 連絡不可	住所 〒	TEL	-

Ⅲ. この1年間の検査成績：回答必須項目 【年の記入：1999/2000のどちらかに○を付けてください】

Ⅲ-1. 臨床所見 できるだけ他の検査項目と同時に行って下さい

検査日	必須	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日
	1999/2000年 月 日				
体重 (kg)					
ウェスト (cm)					
ヒップ (cm)					
ウェスト/ヒップ比					

Ⅲ-2. 検査所見

検査日	必須	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日
	1999/2000年 月 日				
必須項目	血圧 収縮期 (mmHg)				
	拡張期 (mmHg)				
	空腹時血糖値 (mg/dl)				
	HbA1c (stable) (%)	必須	必須		
	血清総コレステロール (mg/dl)				
	血清中性脂肪 (空腹時) (mg/dl)				
	血清HDLコレステロール (mg/dl)				
	Lp(a) (mg/dl)				
	空腹時血清CPR (ng/ml)				
	空腹時血清IRI ** (μU/ml)				

* やむを得ず未記入となる場合には理由を余白にご記入下さい **インスリン治療中の場合は不要

登録分類Ⅰ,Ⅲ(大血管症追跡例) → Ⅲ-3(必須項目)へ
登録分類Ⅱ(細小血管症追跡例) → Ⅳ(次頁)へ

Ⅲ-3. 胸部X線：登録分類Ⅰ,Ⅲ(大血管症追跡例)では必須項目

撮影日： 1999/2000年 月 日	1. 正常 2. 大動脈石灰化あり 3. その他特記すべき所見 所見：
---------------------------	----------------------------------------------

登録分類Ⅰ,Ⅱ(細小血管症追跡例) → Ⅳへ
 登録分類Ⅲ(大血管症追跡例) → Ⅴ(7ページ)へ

Ⅳ. 糖尿病性合併症 :登録分類Ⅰ,Ⅱ(細小血管症追跡例)では必須項目

Ⅳ-1. 糖尿病性神経症 (1回は必ず実施して下さい)

検査日	必 須		
	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日
アキレス腱反射	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進
	6. 判定不能 判定不能の理由:	6. 判定不能 判定不能の理由:	6. 判定不能 判定不能の理由:
膝蓋腱反射	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進
	6. 判定不能 判定不能の理由:	6. 判定不能 判定不能の理由:	6. 判定不能 判定不能の理由:
異常知覚	1. なし 2. あり 症状:	1. なし 2. あり 症状:	1. なし 2. あり 症状:

Ⅳ-2. 糖尿病性腎症

血液検査日	必 須			
	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日
血清クレアチニン(Cr) (mg/dl)				
BUN (mg/dl)				

* CrとBUNの記入欄を間違えないようにして下さい

IV-3. 尿検査

IV-3A. 尿蛋白

検査日	必須	必須	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日
	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日		
尿蛋白* (随時尿) *試験法による マイナス -の場合IV-3Bへ	1. -	1. -	1. -	1. -
	2. ±	2. ±	2. ±	2. ±
	3. +	3. +	3. +	3. +
	4. ++以上	4. ++以上	4. ++以上	4. ++以上
尿沈査 (尿蛋白±以上 の場合に必須)	1. 正常 →IV-3B	1. 正常	1. 正常	1. 正常
	2. 異常	2. 異常	2. 異常	2. 異常
尿沈査異常の場合 赤血球	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF
	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR
	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF
白血球	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF
	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR
	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF

IV-3B. 尿アルブミン・クレアチニン比

検査日	必須	必須	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日
	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日		
α 随時尿 尿アルブミン濃度 (Alb) (mg/l)	mg/l	mg/l	mg/l	mg/l
	尿Cr濃度 (g/l)	g/l	g/l	g/l
β 尿Alb/Cr (mg/gCr)	mg/gCr	mg/gCr	mg/gCr	mg/gCr

* [α (尿Alb濃度と尿Cr濃度)]を記入するか、[αの一方とβ (尿Alb/Cr比)]を記入して下さい。

尿Alb/Crが300mg/gCr以上が連続2回観察された場合 → IV-3C(必須)へ
その他の場合 → IV-4(次頁)へ

IV-3C. 蓄尿

検査日	必須	必須	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日
	1999/2000年 月 日	1999/2000年 月 日		
夜間尿(蓄尿) 開始時刻				
排尿時刻 終了時刻				
蓄尿時間 (時間)	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分
尿量 (l)				
尿アルブミン濃度 (mg/l)				
尿Cr濃度 (g/l)				
尿Alb/Cr (mg/gCr)	(記入不要)	(記入不要)	(記入不要)	(記入不要)
尿アルブミン(Alb) (mg/日) * 下式参照				

* [尿Alb濃度 × 尿量 × 24 / 蓄尿時間]

IV-4. 糖尿病網膜症

この1年間の 白内障手術の有無	右眼	左眼
	1. なし 2. あり → IV-6へ (手術日：1999/2000年 月 日)	1. なし 2. あり → IV-6へ (手術日：1999/2000年 月 日)

IV-4A. 眼底検査所見

ステージ	眼底検査所見	実施日(1999/2000年 月 日)	
		右眼	左眼
1	点状出血	1. - 2. +	1. - 2. +
	斑状出血	1. - 2. +	1. - 2. +
	硬性白斑	1. - 2. +	1. - 2. +
2	軟性白斑	1. - 2. +	1. - 2. +
3	IRMA	1. - 2. +	1. - 2. +
	静脈変形	1. - 2. +	1. - 2. +
4	新生血管	1. - 2. +	1. - 2. +
	網膜前増殖組織	1. - 2. +	1. - 2. +
	硝子体出血	1. - 2. +	1. - 2. +
	網膜剝離	1. - 2. +	1. - 2. +
重症度ステージ*		0. ステージ0 1. ステージ1 → IV-5へ 2. ステージ2 3. ステージ3 → IV-4Bへ 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由:)	0. ステージ0 1. ステージ1 → IV-5へ 2. ステージ2 3. ステージ3 → IV-4Bへ 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由:)
*本研究における 重症度ステージに従う (全て「-」→ステージ0)			

IV-4B. 蛍光眼底所見 (実施できない場合は欄外下に理由を記入して下さい)

ステージ	眼底検査所見	実施日(1999/2000年 月 日)	
		右眼	左眼
2	網膜毛細血管床 閉塞領域(NP) が2象限以内	1. - 2. +	1. - 2. +
3	NPが3象限以上	1. - 2. +	1. - 2. +
	IRMA	1. - 2. +	1. - 2. +
	静脈変形	1. - 2. +	1. - 2. +
4	新生血管	1. - 2. +	1. - 2. +
重症度ステージ*		2. ステージ2 3. ステージ3 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由:)	2. ステージ2 3. ステージ3 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由:)
*本研究における 重症度ステージに従う			

蛍光眼底が実施できない理由

1. 主治医の判断
2. 患者の同意が得られない
3. その他[]

IV-5. 眼底写真：登録分類Ⅰ、Ⅱ（細小血管症追跡例）では必須項目

眼底写真の有無**	右 眼	左 眼
	1. なし	1. なし
2. あり (撮影日：1999/2000年 月 日)	2. あり (撮影日：1999/2000年 月 日)	

**撮影方法は調査実施計画書の別紙3に従って下さい

IV-6. この一年間の眼科検査・治療

網膜光凝固の有無	右 眼	左 眼
	1. なし	1. なし
2. あり (施行日：1999/2000年 月 日)	2. あり (施行日：1999/2000年 月 日)	
(施行日：1999/2000年 月 日)	(施行日：1999/2000年 月 日)	
(施行日：1999/2000年 月 日)	(施行日：1999/2000年 月 日)	

内眼手術の有無	右 眼	左 眼
	1. なし	1. なし
2. あり (施行日：1999/2000年 月 日)	2. あり (施行日：1999/2000年 月 日)	
(施行日：1999/2000年 月 日)	(施行日：1999/2000年 月 日)	
(施行日：1999/2000年 月 日)	(施行日：1999/2000年 月 日)	

V. 治療薬剤：回答必須項目

V-1. 糖尿病治療用薬

薬剤の種類		現在の処方状況		
		前年より変更なし		この1年間での処方変更あり
インスリン		1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000年 月 日
経口 糖尿病薬	SU剤	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000年 月 日
	α-グルコシターゼ 阻害剤	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000年 月 日
	インスリン 感受性改善薬	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000年 月 日
	ピグアナイド剤	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000年 月 日
アルドース還元酵素阻害剤		1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000年 月 日

V-2. 降圧薬

現在の処方状況	この1年間での処方変更：種類は1～7のコードでご記入下さい		
1. 投与なし 2. 投与あり 1. ACE阻害剤 2. Ca拮抗剤 3. β-遮断薬 4. α-遮断薬 5. α,β-遮断薬 6. 利尿剤 8. ACE2 7. その他[]	処方を中止 した降圧薬	種類	中止日 1999/2000年 月 日
		種類	中止日 1999/2000年 月 日
		種類	中止日 1999/2000年 月 日
	処方を開始 した降圧薬	種類	開始日 1999/2000年 月 日
		種類	開始日 1999/2000年 月 日
		種類	開始日 1999/2000年 月 日

V-3. 高脂血症治療薬

現在の処方状況	この1年間での処方変更：種類は1～5のコードでご記入下さい		
1. 投与なし 2. 投与あり 1. HMG CoA還元 酵素阻害剤 2. フィブラート剤 3. プロブコール 4. ニコチン酸製剤 5. その他[]	処方を中止 した高脂血症 治療薬	種類	中止日 1999/2000年 月 日
		種類	中止日 1999/2000年 月 日
		種類	中止日 1999/2000年 月 日
	処方を開始 した高脂血症 治療薬	種類	開始日 1999/2000年 月 日
		種類	開始日 1999/2000年 月 日
		種類	開始日 1999/2000年 月 日

V-4. 抗凝固薬・抗血小板薬

薬剤の種類	現在の処方状況		
	前年より変更なし	この1年間での処方変更あり	
抗凝固薬	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000 年 月 日
	2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000 年 月 日
抗血小板薬	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 1999/2000 年 月 日
	2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 1999/2000 年 月 日

登録分類 I, III (大血管症追跡例) → VI (必須) → VII (必須) → 終了
 登録分類 II (細小血管症追跡例) → VI (任意) → VII (任意) → 終了

VI. 心電図 : 登録分類 I, III (大血管症追跡例)では必須項目

検査日: 1999/2000 年 月 日	
心房細動	1. なし 2. あり
$S_{v1} + R_{v5}$ or $v6 > 35\text{mm}$ または R_{v5} or $v6 > 26\text{mm}$	1. なし 2. あり
ST低下 (STseg平低または下降型)	1. なし 2. あり 1. $ST\downarrow \geq 2.0\text{mm}$ 2. $1.0 \leq ST\downarrow < 2.0$ 3. $0.5 \leq ST\downarrow < 1.0$ 4. $ST\downarrow < 0.5$
T波逆転または平低化	1. なし 2. あり 1. 陰性T $\geq 5\text{mm}$ 2. $1 \leq \text{陰性} < 5$ 3. $1 \leq 2\text{相性T} < 5$ 4. 陰性T < 1 5. 2相性T < 1 6. T平低(零) 7. $T/R < 1/20$ 8. $T/R < 1/10$
Q・QS異常 (WPWがあればとらない)	1. なし 2. あり 1. Qの幅 $\geq 0.05\text{秒}$ (aV_F にQのあるIII, aV_F) 2. Qの幅 $\geq 0.04\text{秒}$ (I, II, R $\geq 0.3\text{mV}$ の $aV_L, V_1, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6, V_7$) 3. Qの幅 $\geq 0.03\text{秒}$, かつ $Q/R \geq 1/3$ (I, II, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6) 4. 右寄りの胸部誘導にR波があるときのQS波 (V_2, V_3, V_4, V_5, V_6) 5. QS波 (左脚ブロックのないときIIIと $aV_F, V_1 \sim V_4, V_1 \sim V_5$)
その他特記すべき所見 (不整脈、伝導障害など)	

VII. 大血管障害の発症：登録分類Ⅰ,Ⅲ(大血管症追跡例)では必須項目

大血管障害の発症の有無		1. なし 2. あり → 下記の質問に回答して下さい
虚血性心疾患	1. なし 2. あり	発症日(診断日): 1999/2000年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 検査所見 安静時心電図変化 1. なし 2. あり 負荷心電図異常所見 1. なし 2. あり 血清CPK上昇 1. なし 2. あり その他()
診断名 1. 心筋梗塞 2. 狭心症 3. 無症候性心筋梗塞 4. その他		
脳血管障害	1. なし 2. あり	発症日(診断日): 1999/2000年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 検査所見: CTでの異常所見 1. なし 2. あり MRIでの異常所見 1. なし 2. あり その他[]
診断名 1. 脳血栓 2. 脳梗塞 3. 無症候性脳梗塞 4. 分類不能の脳梗塞 5. 脳出血 6. くも膜下出血 7. TIA 8. その他		
閉塞性動脈硬化症	1. なし 2. あり	発症日(診断日): 1999/2000年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 臨床症候・検査所見: 間歇性跛行 1. なし 2. あり 壊疽・潰瘍 1. なし 2. あり 動脈拍動左右差 (部位: 動脈) 1. なし 2. あり 血管撮影による判定 1. なし 2. あり 動脈血管雑音 (部位: 動脈) 1. なし 2. あり 動脈石灰化 1. なし 2. あり
診断名 []		
その他 []		発症日(診断日): 1999/2000年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 検査所見:

【食事、運動、治療満足度などに関する調査】 JDCStudy 介入群

あなたのお名前〔 _____ 〕

病院：

ID 番号：

生年月日を教えてください 明・大・昭 年 月 日

今日の日付を教えてください 平成 12 年 月 日

【食事について質問いたします】

A. 指示エネルギー（カロリー）について

A-1 あなたがとるように指示されたエネルギー（カロリー）を覚えていますか。

1. はい 2. いいえ → B.へ

↓

A-2 覚えている場合は、何キロカロリーですか。（ _____ ）キロカロリー

B. 喫煙について

B-1 たばこを吸いますか。 1. 吸う 2. 止めた 3. 吸ったことがない → C.へ

↓

禁煙年月： _____ 年 _____ 月

↓

↓

B-2 「吸う」、「止めた」と答えた方は、現在までの合計喫煙期間は（ _____ ）年（ _____ ）カ月

B-3 「吸う」方は現在、「止めた」方は吸っていた頃に、1日当たり何本吸っていましたか。

1日当たり（ _____ ）本

C. 飲酒について

C-1 お酒を飲みますか。 1. 飲む 2. 止めている 3. 習慣的には飲まない → D.へ

↓

禁酒年月： _____ 年 _____ 月

↓

C-2 何をどのくらい飲みますか。頻度と1回に飲む量を教えてください。

	頻度	1回に飲む量
ビール	週 _____ 回 または 月 _____ 回,	(_____) ml
ワイン	週 _____ 回 または 月 _____ 回,	(_____) 杯 (ワイングラス(100ml)で)
日本酒	週 _____ 回 または 月 _____ 回,	(_____) 合
焼酎	週 _____ 回 または 月 _____ 回,	(_____) 合 (割る前の量)
ウイスキー・ブランデー	週 _____ 回 または 月 _____ 回,	(_____) ml (割る前の量)
その他	(_____) 週 _____ 回 または 月 _____ 回,	(_____) ml

D. 食事療法について

D-1 食事療法は糖尿病の治療にとって、大切だと思いますか。

1. 全く思わない 2. あまり思わない 3. 少しそう思う 4. 非常にそう思う

D-2 食事療法は自分の健康維持に、なくてはならないものだと思いますか。

1. 全く思わない 2. あまり思わない 3. 少しそう思う 4. 非常にそう思う

D-3 決められた指示エネルギー（カロリー）だけの食事では、自由を奪われたと感じることがありますか。

1. 全くない 2. あまりない 3. 時々ある 4. いつもある

D-4 決められた指示エネルギー（カロリー）だけの食事に、どうして自分だけが制限食なのかと怒りを感じたり、もう嫌だと思うことがありますか。

1. 全くない 2. あまりない 3. 時々ある 4. いつもある

E. この1ヶ月間について、以下のことをどの程度実行していましたか

E-1 指示されたエネルギー（カロリー）を守ること。

1. 全く実行しなかった 2. あまり実行しなかった 3. 少し実行した 4. ほぼ実行した

E-2 指示された栄養バランスを守ること。

1. 全く実行しなかった 2. あまり実行しなかった 3. 少し実行した 4. ほぼ実行した

E-3 果物を食べる量を制限すること。

1. 全く実行しなかった 2. あまり実行しなかった 3. 少し実行した 4. ほぼ実行した

E-4 アルコール（酒）を飲む量を制限すること。

1. 全く実行しなかった 2. あまり実行しなかった 3. 少し実行した 4. ほぼ実行した

F. この1ヶ月間の食事習慣について

F-1 食事時間が不規則になることはありましたか。

1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. いつもあった

F-2 "食べ過ぎ"と思いつつ、"今日だけ"と食べてしまったことはありましたか。

1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. いつもあった

F-3 気分がいらいらして食べ過ぎてしまうことはありましたか。

1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. いつもあった

F-4 気分が落ち込んだり、寂しくて食べ過ぎてしまうことはありましたか。

1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. いつもあった

G. 現在の食事状況について

G-1 現在、食事の買い物は、おもに誰がしていますか。

1. 自分 2. 夫か妻 3. 娘 4. 嫁 5. 息子 6. ヘルパー 7. その他()

G-2 現在、食事の料理は、おもに誰がしていますか。

1. 自分 2. 夫か妻 3. 娘 4. 嫁 5. 息子 6. ヘルパー 7. その他()

G-3 現在、食事療法を行う際の協力的なパートナーが誰かいますか。

1. 夫か妻 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. ヘルパー 6. その他() 7. いない

H. 今後、以下のことを、どの程度実行できると思いますか

H-1 指示されたエネルギー（カロリー）を守ること。

1. 全く実行できない 2. あまり実行できない 3. 少し実行できる 4. ほぼ実行できる

H-2 指示された栄養バランスを守ること。

1. 全く実行できない 2. あまり実行できない 3. 少し実行できる 4. ほぼ実行できる

H-3 果物を食べる量を制限すること。

1. 全く実行できない 2. あまり実行できない 3. 少し実行できる 4. ほぼ実行できる

H-4 アルコール(酒)を飲む量を制限すること。

1. 全く実行できない 2. あまり実行できない 3. 少し実行できる 4. ほぼ実行できる

【運動量に関して質問いたします】**J. 現在のお仕事についてお答えください**

J-1 現在の職業は何ですか？

1. 専門職，技術職 2. 管理職 3. 事務職 4. 販売 5. サービス業 6. 保安職業
-
7. 農林漁業 8. 運輸，通信 9. 技能工，採掘，製造，建設作業，労務作業
-
10. 自営業() 11. 無職 12. 専業主婦 13. その他()

無職の場合は K.へ

J-1-1 そのお仕事は何歳の時から何歳の時まで勤めていますか（いましたか）？

() 歳から () 歳まで

J-2 1日の平均の勤務時間はどのくらいですか？ → 約()時間

そのうち座っている時間はどのくらいですか？ → 約()時間

そのうち立っている時間はどのくらいですか？ → 約()時間

J-3 仕事の時？

1. 全く座らない 2. めったに座らない 3. 時々座る 4. しばしば座る 5. いつも座っている

J-4 仕事の時？

1. 全く立たない 2. めったに立たない 3. 時々立つ 4. しばしば立つ 5. いつも立っている

J-5 仕事の時？

1. 全く歩かない 2. めったに歩かない 3. 時々歩く 4. しばしば歩く 5. いつも歩いている

J-6 仕事の時、重い荷物を？

1. 全く持たない 2. めったに持たない 3. 時々持つ 4. しばしば持つ 5. いつも持っている

J-7 仕事のあと？

1. 非常に疲れる 2. よく疲れる 3. 時々疲れる 4. めったに疲れない 5. 全く疲れない

J-8 仕事の時？

1. 非常に汗をかく 2. よく汗をかく 3. 時々汗をかく 4. めったに汗をかかない 5. 全く汗をかかない

J-9 同年代の人とくらべて、仕事は？

1. ひどく重い 2. 重いほうである 3. 同じくらいである 4. 軽いほうである 5. 非常に軽い

上記質問Jの仕事について：JDCStudyへの参加時（平成8年4月）から変わっていませんか。

1. 変わっていない 2. 転職した（時期 年 月） 3. 退職した（時期 年 月）
4. その他（ ）

K. スポーツについてお答え下さい <<ウォーキング、歩行も含みます>>

K-1 運動やスポーツをしますか？

1. はい 2. いいえ → J.へ

↓

K-2 最もよく行う運動，スポーツは何ですか？（ ）

K-3 1週間に約何時間行いますか？ 約（ ）時間

K-4 1年に約何か月行いますか？ 約（ ）か月

K-5 その運動，スポーツは何歳の時から始めて，何歳まで続けていますか？

（ ）歳から（ ）歳まで

K-6 次によく行う運動，スポーツは何ですか？〔 〕

K-7 1週間に約何時間行いますか？ 約（ ）時間

K-8 1年に約何か月行いますか？ 約（ ）か月