

- P7 仕事, 学校, 買い物の行き帰りなどで,
1日に何分程歩いたり, 自転車に乗ったりしますか? 1) 5分未満
2) 5~15分
3) 15~30分
4) 30~45分
5) 45分以上
- P8 余暇の時, 日曜大工をしますか? 1) 全く行わない
2) めったに行わない
3) 時々行う
4) しばしば行う
5) よく行う
- P9 余暇の時, 庭や家の手入れをしますか? 1) 全く行わない
2) めったに行わない
3) 時々行う
4) しばしば行う
5) よく行う
- P10 現在の睡眠時間はどのくらいですか? 1) 5時間以下
2) 6時間
3) 7時間
4) 8時間
5) 9時間以上

全ての答えに○をしたかどうか, もう一度ご確認ください。
ご協力ありがとうございました

介入試験質問表（長寿 2001 年用）
 （医療者サイドが記入する質問）

名前		整理番号	
施設名		カルテ番号	
性別	1. 男 2. 女		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
調査月日	平成 12 年	月	日

I. 低血糖についてお伺いします。

11. ここ 1 年間で、低血糖をおこしたことがありますか？ [1. はい 2. いいえ]
12. 低血糖の頻度はどれくらいですか？
 [週に 回 または 月に 回 または 年に 回]
13. 低血糖で昏睡となった頻度はどれくらいですか？
 [週に 回 または 月に 回 または 年に 回]
14. 低血糖を理由に外来受診または入院を必要とした頻度はどれくらいですか？
 [週に 回 または 月に 回 または 年に 回]

Ⅱ. 現在の日常生活について

Ⅱ1. 整容 () 点

- ・自立(用具準備して上げれば自分一人で出来る程度以上):1点
- ・介助を要する(洗顔、整髪、歯磨き、髭剃りに介助が必要):0点

Ⅱ2. 食事 () 点

- ・自立(食事の用意をして上げれば一人で食べられる):2点
- ・部分介助(切ったり、バターを塗ったりなどで介助を要する):1点
- ・全介助(口の中まで運ぶ必要あり。なかなか飲みこめない。経管栄養):0点

Ⅱ3. 排便 () 点

- ・自立:2点
- ・時々失敗(1週間に1度程度):1点
- ・失禁・オムツ:0点

Ⅱ4. 排尿 () 点

- ・自立(自己導尿を含む):2点
- ・時々失敗(1日に1回以内):1点
- ・失禁またはカテーテル留置や自分では管理できない:0点

Ⅱ5. トイレの使用 () 点

- ・自立(下着の上げ下げ、着脱が自分で出来る。自分でぬぐえる):2点
- ・多少の介助を要するが、おおよそ自分一人でできる:1点
- ・全介助を要する:0点

Ⅱ6. 起居移乗(ベッドと椅子の間で) () 点

- ・自立(監視・指示なしに自分でベッドから椅子に移れる、その逆も可):3点
- ・軽度の介助で可能(口頭または一人で容易に介助出来る、または監視・指示が必要):2点
- ・高度の介助を必要とする(熟練した1人か2人の人力で)が座ってられる:1点
- ・起居不能(座位バランスがとれず手を離せば倒れる):0点

Ⅱ7. 移動 () 点

- ・独歩可能(監視・指示は必要なし、杖などの補助具は使用してもよい):3点
- ・一人介助で歩く(つかまり、体を支えてもらう、指示・監視が必要):2点
- ・車椅子にて自立(曲がり角もうまく曲がれる):1点
- ・全介助・移動不可能(車椅子も押してもらわなければ動けない):0点

Ⅱ8. 更衣 () 点

- ・自立(ボタンかけ、チャックかけ、紐結びも可能):2点
- ・部分介助(介助が必要だが、ボタン・チャックかけなどは自分で出来る):1点
- ・全介助を必要とする:0点

Ⅱ9. 階段 () 点

- ・昇降自立(監視・指示なしで、一人で昇降出来る、但し歩行のための補助具を使用するも含む):2点
- ・介助を必要とする(口頭、身体的助け、補助具を使用して):1点
- ・不可能:0点

Ⅱ10. 入浴 () 点

- ・自立(浴槽の出入り、体を洗う、シャワーの使用が監視なしで出来る):1点
- ・全介助を必要とする:0点

合計 _____ 点 / (0-20)

Ⅲ. Mini-Mental State Examination (MMSE)

	質問内容		
1	今年は平成何年ですか。 *各1点 合計5点 今の季節は何ですか。 今は何月ですか。 今日は何日ですか。 今日は何曜日ですか。	年	0 1
			0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
2	ここは何県ですか。 ここは何市ですか。 ここは何病院ですか。 ここは何階ですか。 ここは何地方ですか。	県	0 1
		市	0 1
		病院	0 1
		階	0 1
		地方	0 1
3	これから言う3つの言葉をいって下さい。 後でまた聞きますのでよく覚えてください。 (以下のいずれか一つで、採用した系列に○印をつけておく) 1: B) 桜 C) 猫 3) 電車 2: B) 梅 C) 犬 c) 自動車		0 1
			0 1
			0 1
4	100 から 7 を引く (5 回まで) 93, 86, 79, 72, 65 (正答 1 個に 1 点) 最初が誤りでも 2 度目が正解であれば 1 点。できなければ「フジノヤマ」を逆唱させる。(マヤノジフ-5 ヤマノジフ-1 マヤジフ-2)		0 1 2 3 4 5
5	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度いって下さい。 (自発的に回答があれば 1 点、もし回答がない場合は以下のヒントを与え正解であれば 1 点) B) 植物 C) 動物 c) 乗り物		0 1
			0 1
			0 1
6	(時計を見せながら) これは何ですか。 *各1点 合計2点 (鉛筆を見せながら) これは何ですか。		0 1
			0 1
7	文章反復「みんなで力をあわせて綱を引きます」(1回のみで評価)		0 1
8	(三段の命令)「手にこの紙を持ってください」「を半分に折りたたんでください」「机の上においてください」(段階ごとに1点)		0 1
			0 1
9	次の文章を読んでその指示に従ってください。「目を閉じなさい」		0 1
10	文章を書いて下さい。(文法や読点が不正確でも自発的で意味のあるもの)		0 1
11	次の図形を書いて下さい。		0 1
	得点合計		/30

「高齢者糖尿病を対象とした前向き大規模臨床介入研究」

イベント記録用紙 様式集

該当するイベント記録用紙をコピーして、必要事項をご記入下さい

目次

項目	頁
イベント記録用紙	
様式1：死亡（心筋梗塞・突然死・予期しなかった死）	1
様式2：非致死的心筋梗塞	2
様式3：狭心症・冠インターベンション	3
様式4：糖尿病性下肢病変（閉塞性動脈硬化症）・脳血管障害	4
様式5：その他の糖尿病関連死（腎不全死・高血糖死・低血糖死）	5
様式6：その他の非糖尿病関連死・心不全 （事故死・悪性新生物・肺炎・その他の原因による死亡・入院を要する心不全）	6
参考資料	
非致死的心筋梗塞の定義	7
ミネソタ・コード（抜粋）	7
閉塞性動脈硬化症状(ASO)のイベント判定に際しての留意事項	8
脳梗塞の定義	8
「心不全」欄記入上の注意	8

イベント記録用紙 様式1 —死亡（心筋梗塞・突然死）—

施設名 _____ 記載者氏名 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名またはイニシャル、頭文字 等 _____ 貴院でのカルテ番号 _____

発症年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
-------	----------------------------

心筋梗塞による死亡 —下記基準のいずれか、または両者に該当する場合—

下記に関連した死亡	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(1) 心筋梗塞の診断ないし その疑い	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(2) 既往に狭心症または心筋梗塞の疑いか診断を有し、死因が心筋梗塞以外のものに帰することができないもの	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
⇒症状、心電図、酵素の項目へおすすみ下さい	

突然死・予期しなかった死

(1) 重篤な症状の出現後1時間以内の死亡ないし発症とほぼ同時に死亡した場合	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(2) 致命的経過をたどる可能性のあるアテローム硬化性冠動脈疾患以外の急性または慢性の変化や事象がない場合	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(3) 発症後24時間以内に死亡したために自宅、病院、その他の施設ではない場所で発見された不慮の死	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
⇒症状の記入が可能であれば記入して下さい。心電図、酵素は無記入で結構です	

症状

狭心痛：強い胸骨下の内臓痛で30分以上持続する	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
-------------------------	--

心電図（ミネソタコードにより分類：該当するミネソタコードを7頁に記載しております）

A. 確診：下記のいずれか		
(1) 定型的 Q ないし QS pattern (Code 1-1)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
(2) Q ないし QS pattern (Code 1-2-1 to 1-2-7)に加え、いずれかの T 波所見 (Code 5-1 to 5-3)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
B. 疑診：下記のいずれか		
(1) Q ないし QS pattern (Code 1-2-1 to 1-2-7)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
(2) S-T 接合部および S-T 部分低下 (Code 4-1 to 4-3)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
(3) T 波所見 (Code 5-1 to 5-2)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
(4) 左脚ブロック (Code 7-1)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

酵素（最高値をご記入下さい）

項目	測定年月日	測定値	単位	貴施設正常値
CK	_____ 月 _____ 日			
GOT (AST)	_____ 月 _____ 日			
LDH	_____ 月 _____ 日			

補足説明が必要な場合は下欄にご記入下さい。

イベント記録用紙 様式2 ー非致死的心筋梗塞ー

記載可能な箇所についてのみ記入し、それ以外は空欄にしてください

施設名 _____ 記載者氏名 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名またはイニシャル、頭文字 等 _____ 貴院でのカルテ番号 _____

非致死的心筋梗塞：イベントの定義を7頁に記載しております

発症年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

定期の電図記録で前回記録時に認めなかった心筋梗塞の確診所見を認めた場合	□有・□無
-------------------------------------	-------

症状

狭心痛：強い胸骨下の内臓痛で30分以上持続する	□有・□無
-------------------------	-------

心電図（ミネソタコードにより分類：該当するミネソタコードを7頁に記載しております）

A. 確診：下記のいずれか		
(1) 定型的 Q ないし QS pattern (Code 1-1)		□有・□無
(2) Q ないし QS pattern (Code 1-2-1 to 1-2-7)に加え、いずれかの T 波所見 (Code 5-1 to 5-3)		□有・□無
B. 疑診：下記のいずれか		
(1) Q ないし QS pattern (Code 1-2-1 to 1-2-7)		□有・□無
(2) S-T 接合部および S-T 部分低下 (Code 4-1 to 4-3)		□有・□無
(3) T 波所見 (Code 5-1 to 5-2)		□有・□無
(4) 左脚ブロック (Code 7-1)		□有・□無

酵素（最高値をご記入下さい）

項目	測定年月日	測定値	単位	貴施設正常値
CK	月 日			
GOT (AST)	月 日			
LDH	月 日			

診断に関連するその他の所見・補足説明が必要な場合は下欄にご記入下さい

(冠インターベンションを施行された場合は3頁の該当欄にもご記入下さい)

イベント記録用紙 様式3 一狭心症・冠インターベンション

記載可能な箇所についてのみ記入し、それ以外は空欄にして下さい

施設名 _____ 記載者氏名 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 患者氏名またはイニシャル、頭文字 等 _____ 貴院でのカルテ番号 _____

狭心症：イベントの説明を8頁に記載しております

発症年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
-------	----------------------------

入院の有無について

観察期間内に狭心症の診断や治療のために入院を要した	□有・□無
---------------------------	-------

発生状況について：観察期間内における下記の所見

(1) 安静時ないし軽度の労作により狭心症が出現する	□有・□無
(2) 新たな狭心症の出現	□有・□無
(3) 安定型狭心症の増悪	□有・□無

胸部痛や胸部不快感の性状について

(1) 胸骨のいずれかの部位（胸骨裏面など）を含む症状	□有・□無
(2) 労作時やストレス時に出現し、30秒以上持続する	□有・□無
(3) 安静ないし極めて軽度の労作時に出現し、30秒以上持続する	□有・□無
(4) 安静ないし労作を軽減してから10分以内に症状が消失する	□有・□無
(5) ニトログリセリンにより2-5分以内に改善する	□有・□無

診断に関連するその他の所見・補足説明が必要な場合は下欄にご記入下さい

冠インターベンション・冠動脈造影：心筋梗塞・狭心症の診断時に施行された場合にご記入下さい

実施年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	CAGの実施： □有・□無
-------	----------------------------	---------------

内容	□ PTCA, □ CABG, □ スtent, □ その他 (_____)
----	--

実施の契機 CAG 所見 転帰等	
------------------------	--

イベント記録用紙 様式 4

—糖尿病性下肢病変（閉塞性動脈硬化症）・脳血管障害—

記載可能な箇所についてのみ記入し、それ以外は空欄にして下さい

施設名 _____ 記載者氏名 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名またはイニシャル、頭文字 等 _____ 貴院でのカルテ番号 _____

糖尿病性下肢病変（閉塞性動脈硬化症）：イベントの説明を 8 頁に記載しております

発症年月日	平成 年 月 日	
(1) 間歇性跛行		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(2) 大腿動脈拍動の片側性の消失ないし減弱		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(3) 足背動脈および後脛骨動脈拍動の片側性の消失ないし減弱		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(4) 足背動脈 and/or 後脛骨動脈拍動の両側性の消失ないし減弱		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(5) Ankle pressure index (API) / Ankle brachial index (ABI) <0.8		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(6) 血管造影で動脈狭窄を認める		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(7) 下腿壊疽 / 潰瘍		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(8) 糖尿病性末梢神経障害		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

脳血管障害：イベントの定義を 8 頁に記載しております

発症年月日	平成 年 月 日	
脳梗塞		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
脳出血		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
クモ膜下出血		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(1) 最近出現した明確で他覚的な神経巣症状が医師により確認されている		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(2) 神経巣症状は 24 時間以上持続した		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(3) 神経学的所見の責任病変は頭蓋外病変ではない		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(4) 発症後 3 週間以内の CT ないし MRI で脳血管障害が、脳出血、脳梗塞ないしクモ膜下出血に分類されている		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
(5) 剖検で脳血管障害が、脳出血、脳梗塞ないしクモ膜下出血に分類されている		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

イベント記録用紙 様式5 —その他の糖尿病関連死—

記載可能な箇所についてのみ記入し、それ以外は空欄にしてください

施設名 _____ 記載者氏名 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名またはイニシャル、頭文字 等 _____ 貴院でのカルテ番号 _____

1. 腎不全死

死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
死の契機	
臨床経過	

2. 高血糖死

死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
死の契機	
臨床経過	

3. 低血糖死

死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
死の契機	
臨床経過	

イベント記録用紙 様式5 —その他の非糖尿病関連死・心不全—

記載可能な箇所についてのみ記入し、それ以外は空欄にしてください

施設名 _____ 記載者氏名 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名またはイニシャル、頭文字 等 _____ 貴院でのカルテ番号 _____

1. 事故死

死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
経過	

2. 悪性新生物

死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
発見の契機	
臨床経過	

3. 肺炎

死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
診断の契機	
臨床経過	

4. その他の原因による死亡

死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
臨床診断	
発見の契機	
臨床経過	

5. 入院を要する心不全：心筋梗塞が原因の場合は「様式1」ないし「様式2」にご記入下さい（8頁参照）

診断年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
発見の契機	
基礎疾患	
臨床経過	

参考資料

非致死的心筋梗塞の定義

下記のカテゴリの中のいずれか一つ以上：

- A. イベント時の確診的心電図所見
- B. 虚血性的心臓痛と確診的酵素所見
- C. 虚血性的心臓痛と疑診的酵素所見および疑診的心電図所見
- D. 定期的心電図記録で前回記録時に認めなかった心筋梗塞の確診所見
- E. その他、心筋梗塞の診断を可能とする所見

A. 確診酵素—以下の条件のすべて：

- (1) CK, SGOT, または LDH がイベント時に測定されている
- (2) 測定された酵素の1種以上が、当該施設の正常上限の2倍以上かつ15倍以下

B. 疑診

- (1) CK, GOT (AST), または LDH がイベント時に測定されている
- (2) 1種以上の測定された酵素値が上昇しているが酵素の確診基準を満たさない

ミネソタコード (抜粋)

Code 1-1. Q・QS型	
WPW 症候群や完全左脚ブロックがあれば取り上げない	
1. $Q/R \geq 1/3$ & $Q \geq 0.03\text{sec}$.	I, II, V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
2. $Q \geq 0.04\text{sec}$.	I, II, V1, V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
3. $Q \geq 0.04\text{sec}$. & $R \geq 3\text{mm}$	aVL
4. $Q \geq 0.05\text{sec}$. & $Q \geq 1\text{mm}$	III aVF
5. $Q \geq 0.05\text{sec}$.	aVF
6. QS 型(右よりの誘導で R 波がある時)	V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
7. QS 型	V1~V4 または V1~V5, V1~V6 のすべて
Code 1-2	
1. $Q/R \geq 1/3$ & $0.02 \leq Q < 0.03\text{sec}$.	I, II, V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
2. $0.03 \leq Q < 0.04\text{sec}$.	I, II, V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
3. QS 型	II
4. $0.04 \leq Q < 0.05\text{sec}$. $Q \geq 1\text{mm}$	II aVF
5. $0.04 \leq Q < 0.05\text{sec}$.	aVF
6. $Q \geq 5\text{mm}$	III, aVF のいずれか
7. QS 型	V1, V2, V3 のすべて
Code-4. ST 接合部および ST 部偏位	
WPW 症候群、左脚ブロック、右脚ブロック、または心室内ブロックがあれば取り上げない	
1. $ST-J \downarrow \geq 1\text{mm}$ かつ STseg. は水平あるいは下り坂	I, II, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
2. $0.5\text{mm} \leq ST-J \downarrow < 1\text{mm}$ かつ STseg. は水平あるいは下り坂	I, II, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
3. $ST-J \downarrow < 0.5\text{mm}$ であるが STseg. が下り坂 STseg. あるいは T の最低部が P-R 基線下少なくとも 0.5mm 以上に達す	I, II, aVL, V2, V3, V4, V5, V6 のいずれか
Code-5 T 波所見	
WPW 症候群、左脚ブロック、右脚ブロック、または心室内ブロックがあれば取り上げない	
1. 陰性 T $\geq 5\text{mm}$	I, II, V2, V3, V4, V5, V6, aVL(ただし R が 5mm 以上). aVF(ただし、QRS が主として上向き)のいずれか
2. 陰性 T あるいは 2 相性(±または+型)で $1\text{mm} \leq \text{陰性相} < 5\text{mm}$	I, II, V2, V3, V4, V5, V6, aVL(ただし R が 6mm 以上). aVF(ただし、QRS が主として上向き)のいずれか
3. T が零(平低)または陰性、または 2 相性(+型)で 陰性相 $< 1\text{mm}$	I, II, V3, V4, V5, V6, aVL(ただし R $\geq 5\text{mm}$ 以上) の いずれか
Code-7. 心室伝導障害	
1. 完全左脚ブロック、WPW 症候群のない時 $QRS \geq 0.12\text{sec}$ $R \geq 0.06\text{sec}$	I, II, III, aVL, aVF のいずれか I, II, III, aVL, V5, V6 のいずれか

イベントとしての狭心症の定義

1. 観察期間中に、胸部痛や胸部不快感を伴い、且つ以下のいずれかの所見を認めた場合
 - (1) 安静時ないし軽度の労作により狭心症が出現する
 - (2) 新たに出現した狭心症
 - (3) 安定型狭心症の増悪
2. 胸部痛や胸部不快感を伴わない場合でも、入院精査にて狭心症と診断された場合

閉塞性動脈硬化症状(ASO)のイベント判定に際しての留意事項

登録時に ASO を合併していた症例では、症状は日常生活に支障をきたさないようにコントロールされ、壊疽や潰瘍は治癒しているはずである。これらの症状の再発や悪化はイベントとしてとりあげる。

前年度までに ankle pressure index (API) / ankle brachial index (ABI)が測定されておらず、偶然に測定された API (ABI)が 0.8 未満であっても、他の所見を認めない場合はイベントとみなさない。

脳梗塞の定義

脳梗塞は臨床所見に一致する梗塞巣が CT and/or MRIにて確認された発作または剖検にて脳梗塞が確認された発作である。

MRI の拡散強調画像(diffusion weighted image; DWI)のみにおいて描出された梗塞巣は脳梗塞と判定する。

脳出血およびクモ膜下出血は CT または MRI または剖検所見にて確診されたものとし、出血性梗塞は除外する。

登録時に脳血管障害を合併していた症例では、24 時間以上持続し 医師によって確認された 新たな明確で他覚的な 神経巣症状の出現はイベントとする。

CT または MRI または剖検所見にて得られた所見をもとに分類する。明らかな神経症状を認めず、偶然とられた CT または MRI にて診断された脳梗塞はイベントとみなさない。

「心不全」欄記入上の注意

1. イベントとしての心不全は「入院を要する心不全」です。
2. 「入院を必要としない心不全」についてのご記入は不要です。
3. 心筋梗塞が原因で「入院を要する心不全」を合併した場合には、本欄へのご記入は不要です。
 - ・心筋梗塞が致死的な場合には「様式1；死亡（心筋梗塞・突然死）（1頁）の「心筋梗塞による死亡」欄および「症状」「心電図」「酵素」欄に御記載下さい。
 - ・心筋梗塞が非致死的な場合には「様式2；非致死的心筋梗塞」（2頁）に御記載下さい。

第3年次 追跡調査票

調査対象期間	2003年10月1日～2004年9月30日
調査票提出期間	2004年10月1日～2004年10月31日

厚生労働省長寿科学総合研究
「高齢者2型糖尿病を対象とした
前向き大規模臨床介入研究」

登録番号	019-1-006	割付け群
記入日	200 年 月 日	1:強化群

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			

患者氏名(フリガナ) または イニシャル、頭文字等	
貴院でのカルテ番号	

I	来院頻度	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	
	患者の生存	1. 死亡 → 質問Ⅱへ 2. 生存 → 質問Ⅲへ 3. 不明 → 質問Ⅲへ 転院後死亡の場合 → 質問Ⅱ、Ⅳへ	
II	死亡日	200 年 月 日	
	死因	1. 心血管障害死 2. 突然死 3. 血糖死(低血糖死・昏睡死) 4. その他〔 5. 不明	9ページの イベントチェック票に 回答してください
	直接死因となった疾患名		
III	患者の移動	1. なし → 次ページへ 2. あり (最終来院日 年 月 日) → 質問Ⅳ、Ⅴへ	
IV	転院先医療機関名	科名	
	主治医名		
	データ入手	1. 不可	2. 可
V	転居先	1. 不明 → 次ページへ 2. 判明	
	患者自宅住所	〒 TEL	
	その他の 昼間の連絡先	1. 連絡可 住所 〒 2. 連絡不可	TEL

1. 1年間の検査成績

検査日	必須 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
体重	(kg)			
ウエスト	(cm)			
ヒップ	(cm)			
ウエスト/ヒップ比				

2. 検査所見

検査日	必須 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧 収縮期	(mmHg)	(mmHg)	(mmHg)	(mmHg)
拡張期	(mmHg)	(mmHg)	(mmHg)	(mmHg)
空腹時血糖値	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)
HbA1c (Stable)	必須 (%)	必須 (%)	(%)	(%)
血清 IRI 空腹時 ^{a)}	(μ U/ml)	(μ U/ml)	(μ U/ml)	(μ U/ml)
リポ蛋白 Lp (a)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)
TC	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)
TG	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)
HDL コレステロール	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)
WBC	(/mm ³)	(/mm ³)	(/mm ³)	(/mm ³)
RBC	($\times 10^9$ /mm ³)			
Plt	($\times 10^9$ /mm ³)			
Ht	(%)	(%)	(%)	(%)
UA	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)
TP	(g/dl)	(g/dl)	(g/dl)	(g/dl)
血中アルブミン	(g/dl)	(g/dl)	(g/dl)	(g/dl)

a) 空腹時 血清 IRI 値は、インスリン治療をしている場合には、記入の必要はございません。

3. 胸部 X 線

撮影日 (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 []
----------------------	---

4. 糖尿病性合併症

(1). 糖尿病性神経障害

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

(2)-1. 腎機能

血液検査日	必須			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血清クレアチニン	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)
BUN	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)

(2)-2. 尿蛋白

血液検査日	必須		必須	
	年	月 日	年	月 日
尿蛋白 (随時尿)	1. - →(2)-3.△ 2. ± 3. + 4. ++以上			
尿沈査 注尿蛋白±以上 の場合に記入	1. 正常→(2)-3.△ 2. 異常	1. 正常→(2)-3.△ 2. 異常	1. 正常→(2)-3.△ 2. 異常	1. 正常→(2)-3.△ 2. 異常
尿沈査異常の場合	1. <10/HPF 2. 10~50/HPF 3. >50/HPF			
赤血球	1. <10/HPF 2. 10~50/HPF 3. >50/HPF			
白血球	1. <10/HPF 2. 10~50/HPF 3. >50/HPF			

(2)-3. 尿アルブミン・クレアチニン比

(2)-2.尿蛋白で、

顕性蛋白尿【貴施設で複数回測定しており、継続して尿蛋白（+以上）】である。
→(2)-3.尿アルブミン・クレアチニン比の記入は不要です。

顕性蛋白尿ではない。

血液検査日	必須			
	年	月 日	年	月 日
α 随時尿 尿 Alb 濃度	()	()	()	()
	()	()	()	()
β 尿 Alb/Cr	()	()	()	()

単位の記入もお願いします。

(注: α (尿 Alb 濃度と尿 Cr 濃度) か、αの一方とβ (尿 Alb/Cr 比) の記載をお願いします。)

(3) 糖尿病網膜症

(3)1. 眼底検査所見		検査日 (年 月 日)	
ステージ	眼底検査所見	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. +
	網膜剥離	1. - 2. +	1. - 2. +
重症度ステージ (全て「-」はステージ0)		0. ステージ0 1. ステージ1 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:)	0. ステージ0 1. ステージ1 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:)

(3)2. 糖尿病黄斑症検査所見		検査日 (年 月 日)	
黄斑部眼底所見	右眼	左眼	
1. 出血	1. - 2. +	1. - 2. +	
2. 局所性浮腫、硬性白斑	1. - 2. +	1. - 2. +	
3. ひまん性浮腫	1. - 2. +	1. - 2. +	
糖尿病性黄斑症 重症度ステージ (全て「-」はステージ0 1まで「+」はステージ1 2まで「+」はステージ2 3まで「+」はステージ3)	0. 黄斑症なし 1. 軽症黄斑症 2. 局所性浮腫 3. ひまん性浮腫 4. そのほか* 5. 判定不能 (理由:)	0. 黄斑症なし 1. 軽症黄斑症 2. 局所性浮腫 3. ひまん性浮腫 4. そのほか* 5. 判定不能 (理由:)	

*: 網膜色素上皮症、虚血性黄斑症

(3)3. 視力・前眼底検査所見		検査日 (年 月 日)			
	右眼		左眼		
裸眼視力					
矯正視力					
[0.01以下の場合]	(指数弁, 手動弁, 光覚弁, 無光覚)		(指数弁, 手動弁, 光覚弁, 無光覚)		
白内障の程度	1. 視力に影響する白内障はない 2. 視力に影響する白内障がある 3. 白内障手術後 (手術日: 年 月 日)		1. 視力に影響する白内障はない 2. 視力に影響する白内障がある 3. 白内障手術後 (手術日: 年 月 日)		
角膜混濁	1. 角膜混濁はない 2. 視力に影響する角膜混濁がある		1. 角膜混濁はない 2. 視力に影響する角膜混濁がある		
緑内障	1. なし 2. あり → <ul style="list-style-type: none"> 1. 原発開放隅角緑内障 2. 正常眼圧緑内障 3. 原発閉塞隅角緑内障 4. 続発緑内障 		1. なし 2. あり → <ul style="list-style-type: none"> 1. 原発開放隅角緑内障 2. 正常眼圧緑内障 3. 原発閉塞隅角緑内障 4. 続発緑内障 		
加齢黄斑変性症 (視力に影響するもの)	1. なし 2. あり		1. なし 2. あり		
その他視力に影響する 疾患及び眼科手術既往 (光凝固も含む)	1. なし 2. あり (病名:) (時期:)		1. なし 2. あり (病名:) (時期:)		

(4) この一年間の眼科治療

	右眼				左眼			
網膜光凝固の有無	1. なし 2. あり (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日)				1. なし 2. あり (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日)			
白内障手術の有無	1. なし 2. あり (手術日 年 月 日)				1. なし 2. あり (手術日 年 月 日)			
内眼手術の有無	1. なし 2. あり (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日)				1. なし 2. あり (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日) (施行日 年 月 日)			

インスリン治療法、自己血糖測定について

I	〔2004年9月30日 もしくは、最終観察時点でのインスリン治療〕					
	0. なし → IIにお進みください。					
	1. あり ↓ (1) 1回打ち (2) 2回打ち (3) 3回打ち (4) 4回打ち	1.朝	a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)
		2.昼	a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)
		3.夕	a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)
4.就前		a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)	
II	〔自己血糖測定の実施の有無〕					
	0. なし					
	1. あり → 1日あたりの測定回数 a.1回 b.2回 c.3回 d.4回 e.4回以上					

III	〔追跡時新規導入〕					
	(2003年10月1日から2004年9月30日までの間の新規導入の有無)					
	0. なし → IVにお進みください。					
	1. あり ↓ (1) 1回打ち (2) 2回打ち (3) 3回打ち (4) 4回打ち	1.朝	a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)
		2.昼	a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)
3.夕		a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)	
4.就前		a. 超速効型 b. 速効性 c. 中間型	d. 混合型 e. 遅効型	製剤名 () ()	単位 () (___u) () (___u)	
IV	〔インスリン注射法の変更〕					
	(2003年10月1日から2004年9月30日までの間の下記の変更の有無)					
	0. なし					
1. あり 変更日 (年 月 日)		1. 1～2回打ち → 3～4回打ちへ 2. 3～4回打ち → 1～2回打ちへ 3. その他 (_____)				