

ABC Study ケースカードⅢ (1) (2年時)

ABC No. A _____ イニシャル (名・姓) _____

検査データ:

身長: _____ cm 体重: _____ kg

血圧: 収縮期圧 _____ mmHg 拡張期圧 _____ mmHg

採血データ:

HbA1c _____ %

75g OGTT(_____年 _____月 施行)

	血糖値	インシュリン値
空腹時	_____ mg/dl	_____ μ U/ml
*30 分値	_____ mg/dl	_____ μ U/ml
*60 分値	_____ mg/dl	_____ μ U/ml
120 分値	_____ mg/dl	_____ μ U/ml

*30分、60分値は測定可能な場合

血清クレアチニン _____ mg/dl 総コレステロール _____ mg/dl

トリグリセライド _____ mg/dl HDL コレステロール _____ mg/dl

BNP _____ pg/ml

心機能評価:

心臓超音波 (200_____年 _____月 _____日 施行)

Dd/Ds = _____ / _____ mm

E/A 比 _____ Dct _____ ms

*EF _____ % (超音波・RI・カテーテル検査・MRI)

*EF は、評価可能な場合のみ記載

心臓超音波検査の場合 Simpson 法を推奨



臨床研究支援センター

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-1-9F

TEL: 06-6836-0077 FAX: 06-6836-5211 HP: <http://www.csscj.com>

ABC Study ケースカードⅢ (2) (2年時)

ABC No. A _____ イニシャル (名・姓) _____

心血管事故・糖尿病薬変更等のイベント:

あり (未記入の場合、イベントカードをご記入下さい) なし

投薬内容

ボグリボース 0.6mg/day 変更 _____ mg/day (理由: 消化器症状 その他 _____)
 内服コンプライアンス (平均服用率: 患者様への問診より、推定してください)
 100-80% 80-60% 60-40% 40-20% 20%以下

糖尿病関係追加薬剤: アマリール オイグルコン (ダオニール) グリミクロン
 その他: _____ 投与量 _____ mg

ACE: インヒベース エースコール コバシル タナトリル レニベース
 プレラン その他: _____ 投与量 _____ mg

ARB: ディオバン ニューロタン プロプレス オルメテック ミカルディス
 投与量 _____ mg

抗高脂血症薬: メバロチン リピトール リポバス ローコール ベザトール
 その他: _____ 投与量 _____ mg

Ca blocker: アダラート カルブロック コニール ノルバスク ヘルベッサー
 その他: _____ 投与量 _____ mg

β blocker: アーチスト ケルロング セレクトール セロケン メインテート
 その他: _____ 投与量 _____ mg

利尿剤: アルダクトンA ダイアート ラシックス ルブラック その他: _____
 投与量 _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg

抗血小板薬: バイアスピリン バファリン パナルジン プレタール その他: _____
 投与量 _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg

抗凝固薬: ワーファリン 投与量 _____ mg

血管拡張薬: アイトロール ニトロール ニトロダーム フランドル
 その他: _____ 投与量 _____ mg

抗潰瘍薬: ガスター ザンタック タケブロン
 その他: _____ 投与量 _____ mg

アデノシン増強薬: ペルサンチン 投与量 _____ mg

K_{ATP} チャンネル開口薬: シグマート 投与量 _____ mg

その他の投薬: (心血管病薬以外も)



臨床研究支援センター

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町 1-4-1-9F

TEL: 06-6836-0077 FAX: 06-6836-5211 HP: <http://www.csscj.com>

ABC Study ケースカードIV (3年時)

ABC No. A _____ イニシャル (名・姓) _____

心血管事故・糖尿病薬変更等のイベント:

あり (未記入の場合、イベントカードをご記入下さい) なし

投薬内容

ボグリボース 0.6mg/day 変更 _____ mg/day (理由: 消化器症状 その他 _____)
 内服コンプライアンス (平均服用率: 患者様への問診より、推定してください)
 100-80% 80-60% 60-40% 40-20% 20%以下

糖尿病関係追加薬剤: アマリール オイグルコン (ダオニール) グリミクロン
 その他: _____ 投与量 _____ mg

ACE: インヒベース エースコール コバシル タナトリル レニベース
 プレラン その他: _____ 投与量 _____ mg

ARB: ディオバン ニューロタン プロプレス オルメテック ミカルディス
 投与量 _____ mg

抗高脂血症薬: メバロチン リピトール リポバス ローコール ベザトール
 その他: _____ 投与量 _____ mg

Ca blocker: アダラート カルブロック コニール ノルバスク ヘルベッサ
 その他: _____ 投与量 _____ mg

β blocker: アーチスト ケルロング セレクトール セロケン メインテート
 その他: _____ 投与量 _____ mg

利尿剤: アルダクトンA ダイアート ラシックス ルブラック その他: _____
 投与量 _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg

抗血小板薬: バイアスピリン バファリン パナルジン プレタール その他: _____
 投与量 _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg

抗凝固薬: ワーファリン 投与量 _____ mg

血管拡張薬: アイトロール ニトロール ニトロダーム フランドル
 その他: _____ 投与量 _____ mg

抗潰瘍薬: ガスター ザンタック タケプロン
 その他: _____ 投与量 _____ mg

アデノシン増強薬: ペルサンチン 投与量 _____ mg

K_{ATP} チャンネル開口薬: シグマート 投与量 _____ mg

その他の投薬: (心血管病薬以外も)

ABC Study ケースカードVI (5年時)

ABC No. A _____ イニシャル (名・姓) _____

心血管事故・糖尿病薬変更等のイベント:

あり (未記入の場合、イベントカードをご記入下さい) なし

投薬内容

ボグリボース 0.6mg/day 変更 _____ mg/day (理由: 消化器症状 その他 _____)
 内服コンプライアンス (平均服用率: 患者様への問診より、推定してください)
 100-80% 80-60% 60-40% 40-20% 20%以下

糖尿病関係追加薬剤: アマリール オイグルコン (ダオニール) グリミクロン
 その他: _____ 投与量 _____ mg

ACE: インヒベース エースコール コバシル タナトリル レニベース
 プレラン その他: _____ 投与量 _____ mg

ARB: ディオバン ニューロタン プロプレス オルメテック ミカルディス
 投与量 _____ mg

抗高脂血症薬: メバロチン リピトール リポバス ローコール ベザトール
 その他: _____ 投与量 _____ mg

Ca blocker: アダラート カルブロック コニール ノルバスク ヘルベッサ
 その他: _____ 投与量 _____ mg

β blocker: アーチスト ケルロング セレクトール セロケン メインテート
 その他: _____ 投与量 _____ mg

利尿剤: アルダクトンA ダイアート ラシックス ルブラック その他: _____
 投与量 _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg

抗血小板薬: バイアスピリン バファリン パナルジン プレタール その他: _____
 投与量 _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg

抗凝固薬: ワーファリン 投与量 _____ mg

血管拡張薬: アイトロール ニトロール ニトロダーム フランドル
 その他: _____ 投与量 _____ mg

抗潰瘍薬: ガスター ザンタック タケプロン
 その他: _____ 投与量 _____ mg

アデノシン増強薬: ペルサンチン 投与量 _____ mg

K_{ATP} チャンネル開口薬: シグマート 投与量 _____ mg

その他の投薬: (心血管病薬以外も)



臨床研究支援センター

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-1-9F

TEL: 06-6836-0077 FAX: 06-6836-5211 HP: <http://www.csscj.com>

ABC Study イベントカード

ABC No. A _____ イニシャル (名・姓) _____

死亡、入院、糖尿病薬の追加、腎機能の悪化のイベントが発生した際、記載して下さい
(複数イベントがあった場合はイベント毎にカードをご記入下さい。)

死亡 (20__年__月__日)

- 心臓死 (心筋梗塞 心不全 不整脈 その他 _____)
- その他の死因
- 脳血管障害 (脳梗塞 脳出血 くも膜下出血)
- 大血管障害 (大動脈瘤破裂 大動脈解離)
- その他 (病名: _____)

死亡経過の詳細 _____

入院 (20__年__月__日)

- 虚血性心疾患 (心筋梗塞 (非致死性) 不安定狭心症 安定狭心症)
- 病変: 新規病変 再狭窄病変
- 治療法: PTCA (ステント) CABG その他の手術 薬物療法のみ
- 心不全
- その他の心臓血管イベントによる入院
- 脳血管障害 (TIA以外) (脳梗塞 脳出血 くも膜下出血)
- 閉塞性動脈硬化症
- その他 (病名: _____)

入院経過の詳細 _____

糖尿病薬の追加

- 有り (_____ 年 _____ 月 理由: HbA1c _____ %)
- 追加薬剤名 _____ 投与量 _____

腎機能の悪化

- 有り (_____ 年 _____ 月 理由: 血清クレアチニン _____ mg/dl)

上記の内容を速やかにご登録下さい <http://www.csscj.com> 又は FAX: 06-6836-5211

ABC α-glucosidase-inhibitor Blocks Cardiac events



臨床研究支援センター

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町 1-4-1-9F

TEL: 06-6836-0077 FAX: 06-6836-5211 HP: <http://www.csscj.com>

ABC Study 中止報告書

ABC No. A _____ イニシャル (名・姓) _____

登録病院名 _____ 登録医師名 _____

中止理由

患者様側より、辞退の申し入れ

今までの登録データ抹消を希望

今後のデータ登録を希望しない (これまでのデータ登録は了承)

医療側による、薬剤投与の中止

有害事象の発生により、薬剤の継続投与困難

肝機能障害 (トランスアミラーゼが正常上限の 2.5 倍以上)

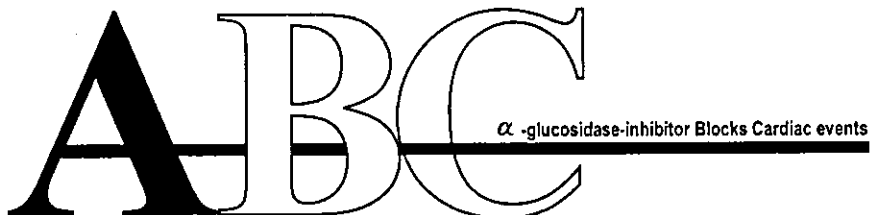
低血糖発作

他の有害事象: _____

その他: _____

状況をお教え下さい。

上記の内容を速やかにご登録下さい <http://www.csscj.com> 又は FAX : 06-6836-5211



臨床研究支援センター

〒 560-0082 大阪府豊中市新千里東町 1-4-1-9F

TEL : 06-6836-0077 FAX : 06-6836-5211 HP: <http://www.csscj.com>

ABC Study

① エントリーカード (*自由入力項目)

登録番号	文字	自由形式
イニシャル (名)	文字	自由形式
イニシャル (姓)	文字	自由形式
性別	選択	男・女
身長	数値	100~250 小数点以下1桁
体重	数値	25~200 小数点以下1桁
心筋梗塞発症日 (年)	整数値	1900~2015
心筋梗塞発症日 (月)	整数値	1~12
心筋梗塞発症日 (日)	整数値	1~31
心筋梗塞発症日 (確定・頃)	選択	確定・頃
*75g OGTT (年)	整数値	2000~2015
*75g OGTT (月)	整数値	1~12
血糖値 (空腹時)	整数値	
インシュリン値 (空腹時)	数値	小数点以下2桁
*血糖値 (30分)	整数値	
*インシュリン値 (30分)	数値	小数点以下2桁
*血糖値 (60分)	整数値	
*インシュリン値 (60分)	数値	小数点以下2桁
血糖値 (120分)	整数値	
インシュリン値 (120分)	数値	小数点以下2桁
*エントリー日 (年)	整数値	4~9
*エントリー日 (月)	整数値	1~12
*エントリー日 (日)	整数値	1~31
登録病院名	文字	自動入力
*担当医師名	文字	自由形式
*FAX 番号	文字	電話番号と排他的
*電話番号	文字	FAX 番号と排他的

② ケースカードI (1) (*自由入力項目)

ABC No.	文字	A00000-0 自動で割付チェック
*イニシャル (名)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合
*イニシャル (姓)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合 異なる場合にはワーニングのみ (入力可)
検査データ :		
収縮期血圧	整数	40~300
拡張期血圧	整数	40~300
採血データ :		
*HbA1c	数値	小数点以下1桁
*血清クレアチニン	数値	小数点以下1桁
*総コレステロール	整数	
*トリグリセライド	整数	
*HDL コレステロール	整数	
*BNP	数値	小数点以下1桁
心機能評価 :		
*心臓超音波 (年)	整数	0~9
*心臓超音波 (月)	整数	1~12
*心臓超音波 (日)	整数	1~31
*Dd	数値	小数点以下1桁
*Ds	数値	小数点以下1桁
*E/A 比	数値	小数点以下2桁
*Dct	整数	
*EF	数値	小数点以下2桁
既往歴、合併症など :		
*高血圧	選択	有・無し 有りの場合 内服治療中・未治療
*高脂血症	選択	以下同様
*喫煙歴	選択	% 年前 数値小数点以下1桁
*脳卒中	選択	
*閉塞性動脈硬化症	選択	

③ ケースカード I (2) (*自由入力項目)

ABC No.	文字	A00000-0 自動で割付チェック
*イニシャル (名)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合
*イニシャル (姓)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合 異なる場合にはワーニングのみ (入力可)
ピオグリタゾン	選択	なし・30mg/day・15mg/day・7.5mg/day
内服コンプライアンス	選択	100・80 80・60 60・40 40・20 20 以下

以下の薬剤

* 薬剤については全て自由入力項目で選択項目となります。その他・投与量は自由形式としてください。

* 利尿剤・抗血小板剤など各薬の名前に投与量が記してある物については複数選択可能です。(投与量もそれぞれ必要になります。)

** 将来的に薬の名前が増加・変更される可能性があります。

その他の投薬： 文字 その他の薬剤と投与量を列記します。
入力しやすいようにお願いします。

④ ケースカードⅡ

ABC No.	文字	A00000-0 自動で割付チェック
*イニシャル (名)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合
*イニシャル (姓)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合 異なる場合にはワーニングのみ (入力可)

心血管事故・糖尿病薬変更等のイベント：

選択	あり・なし
----	-------

ピオグリタゾン	選択	なし・30mg/day・15mg/day・7.5mg/day
---------	----	--------------------------------

内服コンプライアンス	選択	100-80 80-60 60-40 40-20 20 以下
------------	----	--------------------------------

以下の薬剤

*薬剤については全て自由入力項目で選択項目となります。その他・投与量は自由形式としてください。

*利尿剤・抗血小板剤など各薬の名前に投与量が記してある物については複数選択可能です。(投与量もそれぞれ必要になります。)

**将来的に薬の名前が増加・変更される可能性があります。

その他の投薬：	文字	その他の薬剤と投与量を列記します。 入力しやすいようにお願いします。
---------	----	---------------------------------------

⑤ ケースカードⅢ (1)

ABC No.	文字	A00000-0 自動で割付チェック
*イニシャル (名)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合
*イニシャル (姓)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合 異なる場合にはワーニングのみ (入力可)
検査データ:		
身長	数値	100~250 小数点以下1桁
体重	数値	25~200 小数点以下1桁
収縮期血圧	整数	40~300
拡張期血圧	整数	40~300
採血データ:		
*HbA1c	数値	小数点以下1桁
*75g OGTT (年)	整数値	2000~2015
*75g OGTT (月)	整数値	1~12
血糖値 (空腹時)	整数値	
インシュリン値 (空腹時)	数値	小数点以下2桁
*血糖値 (30分)	整数値	
*インシュリン値 (30分)	数値	小数点以下2桁
*血糖値 (60分)	整数値	
*インシュリン値 (60分)	数値	小数点以下2桁
血糖値 (120分)	整数値	
インシュリン値 (120分)	数値	小数点以下2桁
*血清クレアチニン	数値	小数点以下1桁
*総コレステロール	整数	
*トリグリセライド	整数	
*HDL コレステロール	整数	
*BNP	数値	小数点以下1桁
心機能評価:		
*心臓超音波 (年)	整数	0~15
*心臓超音波 (月)	整数	1~12
*心臓超音波 (日)	整数	1~31
*Dd	数値	小数点以下1桁
*Ds	数値	小数点以下1桁
*E/A 比	数値	小数点以下2桁
*Dct	整数	
*EF	数値	小数点以下2桁

⑥ ケースカードⅢ (2)

ABC No.	文字	A00000-0 自動で割付チェック
*イニシャル (名)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合
*イニシャル (姓)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合 異なる場合にはワーニングのみ (入力可)

心血管事故・糖尿病薬変更等のイベント:

選択	あり・なし
----	-------

ピオグリタゾン	選択	なし・30mg/day・15mg/day・7.5mg/day
---------	----	--------------------------------

内服コンプライアンス	選択	100-80 80-60 60-40 40-20 20 以下
------------	----	--------------------------------

以下の薬剤

*薬剤については全て自由入力項目で選択項目となります。その他・投与量は自由形式としてください。

*利尿剤・抗血小板剤など各薬の名前に投与量が記してある物については複数選択可能です。(投与量もそれぞれ必要になります。)

**将来的に薬の名前が増加・変更される可能性があります。

その他の投薬:	文字	その他の薬剤と投与量を列記します。 入力しやすいようにお願いします。
---------	----	---------------------------------------

⑨ ケースカードVI

ABC No.	文字	A00000-0 自動で割付チェック
*イニシャル (名)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合
*イニシャル (姓)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合 異なる場合にはワーニングのみ (入力可)

心血管事故・糖尿病薬変更等のイベント:

選択 あり・なし

ピオグリタゾン 選択 なし・30mg/day・15mg/day・7.5mg/day

内服コンプライアンス 選択 100-80 80-60 60-40 40-20 20 以下

以下の薬剤

*薬剤については全て自由入力項目で選択項目となります。その他・投与量は自由形式としてください。

*利尿剤・抗血小板剤など各薬の名前に投与量が記してある物については複数選択可能です。(投与量もそれぞれ必要になります。)

**将来的に薬の名前が増加・変更される可能性があります。

その他の投薬: 文字

その他の薬剤と投与量を列記します。

入力しやすいようにお願いします。

⑩ ケースカードVII

ABC No.	文字	A00000-0 自動で割付チェック
*イニシャル (名)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合
*イニシャル (姓)	文字	自由入力 出来ればエントリー時との照合 異なる場合にはワーニングのみ (入力可)

心血管事故・糖尿病薬変更等のイベント：

選択	あり・なし
----	-------

ピオグリタゾン 選択	なし・30mg/day・15mg/day・7.5mg/day
------------	--------------------------------

内服コンプライアンス 選択	100-80 80-60 60-40 40-20 20 以下
---------------	--------------------------------

以下の薬剤

*薬剤については全て自由入力項目で選択項目となります。その他・投与量は自由形式としてください。

*利尿剤・抗血小板剤など各薬の名前に投与量が記してある物については複数選択可能です。(投与量もそれぞれ必要になります。)

**将来的に薬の名前が増加・変更される可能性があります。

その他の投薬： 文字

その他の薬剤と投与量を列記します。
入力しやすいようにお願いします。