

資料4 患者背景に関する調査票

- 1) 登録日 平成 年 月 日
- 2) 施設名
- 3) 患者氏名
- 4) 生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日 (年齢 歳)
- 5) 性別 (男・女)
- 6) 入院期間 (年 月 日～年 月 日, 日)
- 7) 基礎心疾患 (虚血・高血圧・心筋症・弁膜症・不明・その他)
- 8) 心不全増悪の誘因 (塩分・水分制限の不徹底、治療薬服用の不徹底、過労、感染症、身体的・精神的ストレス、不整脈、心筋虚血、コントロール不良の高血圧、合併疾患の増悪、その他)
- 9) 危険因子
 - 高血圧 【あり・なし】(定義:収縮期血圧>140mmHg あるいは拡張期血圧>90mmHg あるいは薬物治療中)
 - 糖尿病 【あり・なし】(定義:空腹時血糖 125mg/dl 以上あるいは食後 2 時間血糖 200mg/dl あるいは薬物治療中)
 - 高脂血症 【あり・なし】(定義:総コレステロール 220mg/dl 以上あるいは LDL140mg/dl 以上あるいは薬物治療中)
 - 喫煙歴 【あり・なし】
 - 飲酒歴 【あり・なし】
- 10) 合併症
 - 腎不全 【あり・なし】(定義:血清クレアチニン 2.5mg/dl 以上あるいは透析中)
 - 貧血 【あり・なし】(定義:ヘモグロビン 10mg/dl 以下あるいは治療中)
 - 高尿酸血症 【あり・なし】(定義:尿酸値 7.0mg/dl 以上あるいは治療中)
 - 陳旧性心筋梗塞 【あり・なし】
 - 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血、一過性脳虚血発作) 【あり・なし】
 - 慢性閉塞性肺疾患 【あり・なし】
 - 心房細動(発作性・持続性) 【あり・なし】
 - 持続性心室頻拍 【あり・なし】
 - 心室細動 【あり・なし】
 - 運動器疾患 【あり・なし】
 - 冠動脈インターベンションの既往(PCI・CABG)【あり・なし】

11) 自覚症状(NYHA)

入院時(I・II・III・IV) 退院時(I・II・III・IV)

12) BNP

入院時(pg/dl・不明) 退院時(pg/dl・不明)

13) 慢性心不全による入院の既往

【あり・なし】

14) 慢性心不全の罹病期間

()か月

15) 心エコー所見 (施行日 平成 年 月 日)

LVEDD:()mm、LVESD:()mm、VS:()mm、PW:()mm

LVEF:()%

Doppler: MR(無・1・2・3・4)、AR(無・1・2・3・4)、AS(+・-)、MS(+・-)

左室流入速波形:E/A:()、DTc:()msec

16) 退院時薬物治療

ACE 阻害薬【あり・なし】 ARB【あり・なし】 β遮断薬【あり・なし】

利尿薬【あり・なし】 ジギタリス【あり・なし】 Ca拮抗薬【あり・なし】

アスピリン【あり・なし】 スタチン【あり・なし】 抗不整脈薬【あり・なし】

17) 非薬物治療

永久ペースメーカー植込み【あり・なし】 両心室ペーシング【あり・なし】

植え込み型除細動器【あり・なし】

18) 退院時身体所見

心拍数(/bpm)、血圧(/ mmHg)、身長(cm)、体重(kg)

資料5 身体活動に関する調査表

身体活動に関するアンケート

- この1週間をふりかえってあなたの症状は主にどれですか。(○をつけて下さい)
 息苦しさ 疲労感 動悸 その他(具体的に)・なし

あなたの症状について下記の質問に答えて下さい。

1	夜、楽に眠れますか(1 Mets 以下)	はい	いいえ	IV (~2Mets)
2	横になっていると楽ですか(1 Mets 以下)	はい	いいえ	
3	1人で食事や洗面ができますか(1.6 Mets)	はい	いいえ	III (2~4 Mets)
4	トイレは1人で楽にできますか(2 Mets)	はい	いいえ	
5	着替えが1人で楽にできますか(2 Mets)	はい	いいえ	
6	炊事や掃除ができますか(2-3 Mets)	はい	いいえ	
7	自分でフンを敷けますか(2-3 Mets)	はい	いいえ	
8	ぞうきんがけはできますか(3-4 Mets)	はい	いいえ	
9	シャワーを浴びても平気ですか(3-4 Mets)	はい	いいえ	
10	ラジオ体操をしても平気ですか(3-4 Mets)	はい	いいえ	
11	健康な人と同じ速度で平地を100-200m歩いても平気ですか(3-4 Mets)	はい	いいえ	
12	庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか(4 Mets)	はい	いいえ	
13	1人で風呂に入れますか(4-5 Mets)	はい	いいえ	II (5~6 Mets)
14	健康な人と同じ速度で2階まで昇っても平気ですか(5-6 Mets)	はい	いいえ	
15	軽い農作業(庭掘りなど)はできますか(5-7 Mets)	はい	いいえ	
16	平地を急いで200m歩いても平気ですか(6-7 Mets)	はい	いいえ	
17	雪かきはできますか(6-7 Mets)	はい	いいえ	
18	テニス(又は卓球)をしても平気ですか(6-7 Mets)	はい	いいえ	I (7~Mets)
19	ジョギング(時速8km程度)を300-400mしても平気ですか(7-8 Mets)	はい	いいえ	
20	水泳をしても平気ですか(7-8 Mets)	はい	いいえ	
21	なわとびをしても平気ですか(8 Mets 以上)	はい	いいえ	

資料6 抑うつ・不安に関する調査表

からだや心についてのアンケート(1)

この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。下の20の文章を読んで下さい。各々のことがらについて、

◎ もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は[A]

◎ 週のうち1～2日なら[B]

◎ 週のうち3～4日なら[C]

◎ 週のうち5日以上なら[D]

のところを○でかこんで下さい。

		この1週間のうちで			
		ない	1～2日	3～4日	5日以上
1	普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D
2	食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3	家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D
4	他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D
5	物事に集中できない	A	B	C	D
6	ゆううつだ。	A	B	C	D
7	何をするのも面倒だ	A	B	C	D
8	これから先のことについて積極的に考えることができる	A	B	C	D
9	過去のことについてくよくよ考える	A	B	C	D
10	何か恐ろしい気持ちがある	A	B	C	D
11	なかなか眠れない	A	B	C	D
12	生活について不満なくすごせる。	A	B	C	D
13	ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D
14	一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D
15	皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16	毎日が楽しい。	A	B	C	D
17	急に泣き出すことがある	A	B	C	D
18	悲しいと感じる	A	B	C	D
19	皆が自分をきらっていると感じる	A	B	C	D
20	仕事が手につかない。	A	B	C	D

からだや心についてのアンケート(2)

次の1から20までの文章を読んで、たった今あなたがどう感じているか、最もよくあてはまる箇所(番号)を各項目の右の欄から選んで、○で囲んで下さい。

	あてはまらない まったく	あてはまる いく分	あてはまる かなりよく	あてはまる 非常によく
おだやかな気持ちだ	1	2	3	4
安心している	1	2	3	4
緊張している	1	2	3	4
ストレスを感じている	1	2	3	4
気楽である	1	2	3	4
気が動転している	1	2	3	4
何かよくないことがおこるのではないかと心配している	1	2	3	4
満足している	1	2	3	4
おびえている	1	2	3	4
快適である	1	2	3	4
自信がある	1	2	3	4
神経過敏になっている	1	2	3	4
いらいらしている	1	2	3	4
ためらっている	1	2	3	4
くつろいでいる	1	2	3	4
満ち足りた気分だ	1	2	3	4
悩みがある	1	2	3	4
まごついている	1	2	3	4
安定した気分だ	1	2	3	4
楽しい気分だ	1	2	3	4

資料7 QOLに関する調査表

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。

以下のそれぞれの質問について、一番よく当てはまるものに印(☑)をつけてください。

1. 全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高によい	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない▼	▼
▼	▼	▼	▼			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動(歩いたり階段を昇ったりなど)をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり、 妨げられた	体を使う日常 活動ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 過去1ヵ月間に、いつもの仕事(家事も含みます)をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり、 妨げられた	いつもの仕事 ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん、 なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり、 妨げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題(不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり)に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん、 悩まされなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり、 悩まされた	非常に 悩まされた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 過去1ヶ月間に、日常行う活動(仕事、学校、家事などのふだんの行動)が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり、 妨げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

御協力ありがとうございました。

資料8 予後調査用紙

1. 調査日:平成()年()月()日

*介入後 (2ヶ月 ・ 6ヶ月 ・ 1年)

2. 生死: 生存 ・ 死亡

【死亡の場合】

死亡年月日:平成()年()月()日

死因[詳細]:()

突然死の有無:(有・無)

3. 心不全増悪による再入院:(有・無)

再入院日(1回目):平成()年()月()日

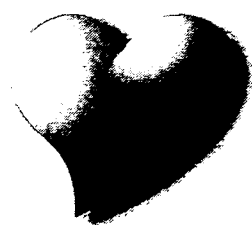
再入院の理由:()

再入院日(2回目):平成()年()月()日

再入院の理由:()

再入院日(3回目):平成()年()月()日

再入院の理由:()



Japanese CARDiac REgistry in CHF-CARDiology

J-CARE-CARD追加調査

施設名：

医師名：

J-CARE-CARDに登録した患者ID：

入院日：平成 年 月 日

退院日：平成 年 月 日

生年月日：西暦 年 月 日生

性別：男性・女性

記入のお願い

1. 記入もれのないようお願いいたします。
2. 記入に際し、ご不明な点などございましたら、下記までご連絡ください。

JCARE-CARD事務局 (国立国際医療センター臨床研究支援室内)

☎03-5273-6891 担当：眞茅(まかや)

入院時所見 (入院時とは、入院してから24時間以内のことです)

入院時の状況

救急部での初期治療 : あり なし 不明

CCUあるいはICUへの入室 : あり(入室日数 日) なし 不明

身長

cm 不明

体重

kg 不明

血圧 (治療開始前)

/ mmHg

心拍数 (治療開始前)

bpm

入院時症状および身体所見

労作時呼吸困難 : あり なし 不明

安静時呼吸困難 : あり なし 不明

倦怠感 : あり なし 不明

頸静脈怒張 : あり なし 不明

Ⅲ音 : あり なし 不明

ラ音 : あり なし 不明

末梢浮腫 : あり なし 不明

入院時血液検査所見

BUN : mg/dl 不明

クレアチニン : mg/dl 不明

ナトリウム : mg/dl 不明

ヘモグロビン : g/dl 不明

入院時胸部レントゲン所見

未施行 (次の質問にお進みください)

施行

心 胸 郭 比 :		%	<input type="checkbox"/> 不明
肺 う っ 血 所 見 :	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
胸 水 :	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

動脈血ガス (入院して最初の所見をご記載ください)

未施行 (次の質問にお進みください)

施行

測定時点での酸素吸入 :	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
pH :			
酸素飽和度 SaO ₂ :		%	
酸素分圧 PaO ₂ :		mmHg	
炭酸ガス分圧 PaCO ₂ :		mmHg	

Swan-Ganzカテーテルの所見 (入院して最初の所見をご記載ください)

未施行 (次の質問にお進みください)

施行

体 血 圧 :	/	mmHg	<input type="checkbox"/> 不明
心 拍 数 :		bpm	<input type="checkbox"/> 不明
右 房 圧 :		mmHg	<input type="checkbox"/> 不明
肺 動 脈 圧 :	収縮期	拡張期	<input type="checkbox"/> 不明
	mmHg	mmHg	
肺 動 脈 楔 入 圧 :		mmHg	<input type="checkbox"/> 不明
心 拍 出 量 :		L/分	<input type="checkbox"/> 不明

入院前の薬物治療

今回の入院の直前に行われていた薬物治療です。

JCARE-CARDの退院時薬物治療の調査と同じ形式となっています。

ACE阻害薬

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> レニベース | <input type="checkbox"/> ロングスまたはゼストリル | <input type="checkbox"/> コバシル |
| <input type="checkbox"/> タナトリルまたはバロック | <input type="checkbox"/> カプトリル | <input type="checkbox"/> インヒベース |
| <input type="checkbox"/> エースコール | <input type="checkbox"/> 標記以外のACE阻害薬 | <input type="checkbox"/> 無 |

アンジオテンシン受容体拮抗薬(ARB)

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ニューロタン | <input type="checkbox"/> デイオバン | <input type="checkbox"/> プロプレス |
| <input type="checkbox"/> ミカルデイス | <input type="checkbox"/> 標記以外のARB | <input type="checkbox"/> 無 |

β遮断薬

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> アーチスト: _____mg/日 | <input type="checkbox"/> メインテート: _____mg/日 |
| <input type="checkbox"/> セロケンまたはロプレソール(徐放錠含む): _____mg/日 | |
| <input type="checkbox"/> 無 | |

利尿剤

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> サイアザイド系利尿薬 | <input type="checkbox"/> ラシックス | <input type="checkbox"/> ダイアート |
| <input type="checkbox"/> アルダクトンA | <input type="checkbox"/> エプレレノン | <input type="checkbox"/> 標記以外の利尿薬 |
| <input type="checkbox"/> 無 | | |

ジギタリス

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
|----------------------------|----------------------------|

経口強心薬 (ジギタリス以外)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> アカルディ | <input type="checkbox"/> ダナトーパ | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 無 | | |

Ca拮抗薬

- ノルバスクまたはアムロジン アダラート(徐放錠含む)
 ヘルベッサー(徐放錠含む) 標記以外のCa拮抗薬
 無

α 遮断薬

- カルデナリン 標記以外の α 遮断薬 無

亜硝酸薬

- 有 無

抗不整脈薬 (B遮断薬・Ca拮抗薬除く)

- アンカロン ソタコール ペプリコール
 リスモダン アスペノン メキシチール
 タンボコール サンリズム シベノール
 標記以外の抗不整脈薬 無

アスピリン

- 有 無

抗血小板薬 (アスピリン以外)

- パナルジン プレタール 標記以外の抗血小板薬
 無

ワーファリン

- 有 無

スタチン

- メバロチン ローコール リピトール
 リポバス 標記以外のスタチン 無

入院中治療／薬物治療

(入院中に投与した薬物はすべて対象となります)

注意：後発品(ジェネリック)は該当する一般名の薬剤を選択してください。

利尿薬

ループ利尿薬【静注・持続静注】	投与	あり・なし
ループ利尿薬【経口】	投与	あり・なし
サイアザイド系・非サイアザイド系【経口】	投与	あり・なし
アルダクトンA【経口】	投与	あり・なし
()【静注・経口】	投与	あり・なし

ナトリウム利尿ペプチド

ハンプ(カルペリチド)	投与	あり・なし
-------------	----	-------

強心薬

ジゴキシン【静注】	投与	あり・なし
ジゴキシン【経口】	投与	あり・なし
ドパミン	投与	あり・なし
ドブタミン	投与	あり・なし
ノルエピネフリン	投与	あり・なし
アムコラル(アムリノン)	投与	あり・なし
ミルリーラ(ミルリノン)	投与	あり・なし
コアテック(塩酸オルプリノン)	投与	あり・なし
アデール(塩酸コルホルシンダロパート)	投与	あり・なし
アカルディ【経口】	投与	あり・なし
()【静注・経口・筋注・皮下注】		
()【静注・経口・筋注・皮下注】		
()【静注・経口・筋注・皮下注】		

血管拡張薬

ニトロプルシド【静注】	投与	あり・なし
ニトログリセリン【静注】	投与	あり・なし
ニトログリセリン【経口】	投与	あり・なし
硝酸イソソルビド【静注】	投与	あり・なし
硝酸イソソルビド【経口】	投与	あり・なし
() 【静注・経口・筋注・皮下注】		
() 【静注・経口・筋注・皮下注】		
() 【静注・経口・筋注・皮下注】		

抗不整脈薬

() 【静注・経口】	投与	あり・なし
() 【静注・経口】	投与	あり・なし
() 【静注・経口】	投与	あり・なし
() 【静注・経口】	投与	あり・なし

その他(急性心不全の治療薬)

() 【静注・経口・筋注・皮下注】		
() 【静注・経口・筋注・皮下注】		
() 【静注・経口・筋注・皮下注】		
() 【静注・経口・筋注・皮下注】		
() 【静注・経口・筋注・皮下注】		

慢性心不全の標準的薬物治療(経口)の開始時期

1) ACE阻害薬開始時期：入院：_____日目

2) ARB開始時期：入院：_____日目

3) β 遮断薬開始時期：入院：_____日目

入院中治療／非薬物治療

(今回の入院中に施行した治療が対象となります)

人工呼吸管理

冠動脈インターベンション(PCI)

冠動脈バイパス(CABG)

電氣的除細動

ペースメーカー

血液浄化(ECUM, CVVH, CHDFなど)

IABP

PCPS

左心補助装置(LVAS)

心肺蘇生(CPR)

JCARE-CARD 研究

入院中死亡症例 死因調査

施設名：

登録医師名：

JCARE-CARD に登録された患者 ID：

入院日：

退院日（死亡日）：

1) 死因 (該当する項目に○を付けて下さい。)

1. 心不全死

2. 不整脈死

3. 突然死 (発症後 24 時間以内の死亡)

4. 上記以外の心血管系による死亡

→具体的な死因【できるだけ具体的にご記入下さい】

[]

5. 心血管系以外による死亡

2) 剖検の有無

1. あり

2. なし

3) 入院中死亡前の非薬物治療の有無

(1) 永久ペースメーカー植込み 1. あり 2. なし

(2) 両心室ペーシング 1. あり 2. なし

(3) 植込み型除細動器 (ICD) 1. あり 2. なし

(4) 左室補助装置 1. あり 2. なし

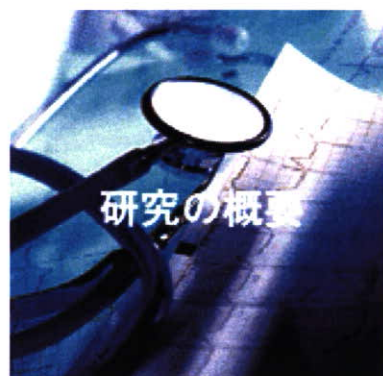
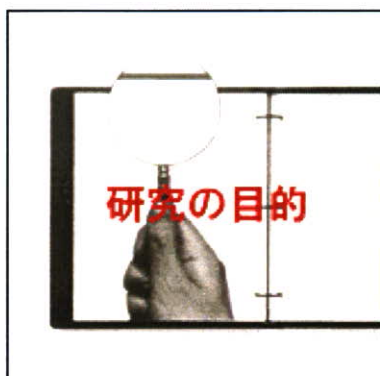
(5) 心臓移植 1. あり 2. なし



JCARE
-CARD
Japanese Cardiac Registry in CHF-CARDiology

慢性心不全の増悪のため
入院治療を要する患者を対象とした調査研究

2006年1月より予後調査をスタートいたしました。



予後登録の方法 予後登録の方法はこちらをクリックしてください。

患者登録の方法 患者登録の仕方を見る場合は、
こちらをクリックしてください。

JCARE-CARD 事務局からのお知らせ

JCARE-CARD 研究 予後調査に関するお願い

1) 予後調査の時期

予後調査は退院日から起算して2年以後にお願いいたします(例:退院日が2004年1月15日の場合、予後調査日は2006年1月15日以後になります)。予後調査の時期が近づきましたら、事務局よりメールでお知らせいたします。

2) 再来されていない患者様の予後調査

再来されていない患者様の予後調査については、お手数をお掛けしますが、患者さん自身や紹介先への問合せにより、調査下さいます様、お願い申し上げます。

JCARE-CARD 症例登録の御礼と登録期間終了のお知らせ

2004年1月より症例登録を開始し、本年6月までの1年6ヶ月の間に数多くの症例を積み重ねることができました。全国の多くの先生方に絶え間ないご協力を賜りましたことを厚く御礼申し上げます。