

## 7. 備考

遠隔診断は現在のところ保険診療の適用ではない。したがって、“遠隔診断”はあくまで助言であって、通常の診断とは異なる。したがって、受診側施設の意見を聞き入れ得るかは、送信側施設の責任において判断することになる。

## 遠隔診断

### 送信側データシート

無印:必ず記載する項目

\*印:記載できない場合もある項目

#### I.基本情報

1.施設名:

2.患者イニシャル: 氏  名

3.生年月日:     年   月   日

4.性別: 男  女

5.カルテ番号(施設内ID #):

6.記載年月日:     年   月   日

7.記載者名:

#### II.患者登録データ

身体所見、胸部レントゲン写真、心電図、超音波検査など非侵襲的検査にて  
心疾患を疑われた理由

##### 1.選択基準

複数選択可

1)身体所見、バイタル

yes  no



b.酸素投与  有り  無し

c.分析結果 FiO2: □□ % pH: □. □□

pO2: □□□ mmHg pCO2: □□ mmHg

HCO3-: □□ mEq/L sO2: □□ %

BE: □+ or □- □□. □ mEq/L

4)胸部レントゲン写真\*

yes  no

a.心拡大

yes  no

b.肺血管陰影増加

yes  no

c.肺血管陰影減少

yes  no

d.肺鬱血

yes  no

e.その他

5)心電図\*

yes  no

a.左室肥大

yes  no

b.右室肥大

yes  no

c.左房肥大

yes  no

d.右房肥大

yes  no

e.不整脈

yes  no

f.その他

6)超音波検査\*

yes  no 

## 2.除外基準

1)心臓カテーテル検査にて診断が確定している

yes  no 

2)心内修復術が終了している

yes  no 

注意:除外基準の項目のうち、"yes"が1項目でもあれば  
患者登録をしない。

## 3.インフォームドコンセント

1)文書によるインフォームドコンセントを得た

yes  no 

注意:まず口頭でインフォームドコンセントを得て、後に文書によるインフォームド  
コンセントを得た場合であっても、yesと記載してください

2)得た年月日: □□□□年□□月□□日

3)担当医名: □□□□□□□□□□

注意:"no"であれば患者登録をしない。

## III.遠隔診断前診断、初期治療計画

## 1.基本データ

1)記載年月日: □□□□年□□月□□日

2)記載者名: □□□□□□□□□□

3) 診断年月日:     年   月   日4) 体格: 身長   cm 体重     g

## 2. 遠隔診断前超音波診断

## 1) 診断名

a. b. \* c. \* d. \* e. \* 

## 2) 遠隔診断時間

a. 送信開始時間  午前  午後   時   分

b.送信終了時間  午前  午後  時  分

## 3.遠隔診断前初期治療計画

1)初期治療必要 yes  no 

## 2)治療内容

a.ガス投与\*: yes  no  酸素  低濃度酸素ガス  一酸化窒素b.気管内挿管、人工換気\*: yes  no c.PGE1\*: yes  no d.カテコラミン\*: yes  no e.利尿薬\*: yes  no f.炭酸水素ナトリウム\*: yes  no g.輸液\*: yes  no 

h.その他\*:

## 4.遠隔診断後患者搬送、外来受診

1)緊急搬送が必要 yes  no 2)緊急ではないが早期の搬送が必要(数時間-数日内) yes  no 3)搬送不要で、外来受診が必要 yes  no 4)搬送ならびに外来受診不要 yes  no 

## 5.遠隔診断による合併症

1)合併症の発生

yes

no

2)合併症の種類\*

3)合併症の転帰\*

## IV.データ送信機器・回線

### 1.使用機器

1)心エコーマシン

a.製造会社名:

b.マシン名・形式:

2)プローベ

a.種類:

心臓専用

汎用

b.周波数:

MHz

3)エコー像のアウトプット

アナログ端子

その他

注意:その他の場合には、画像の出力法を記載する

4)アナログAVコンバータ

Canopus ADVC 110

その他

注意:その他の場合には、機種名を記載する



## 5)コンピュータ

 iBook MacBook Pro その他

注意:機種名を記載する

## 2.使用ソフト

## 1)システム:

 MacOS Ver.  .  .  その他 注意:システムソフトを記載する

## 2)映像送信ソフト

 iChat AV Ver.  .  .  その他 注意:システムソフトを記載する

## 3.通信回線、プロバイダー

## 1)外部回線への接続:

 専用回線 LAN経由

## 2)外部回線の種類:

 光ファイバー(basic) 光ファイバー(Bフレッツ) ADSL ISDN その他 注意:具体的に記載

## 3)回線上り通信速度(最高):

   M bit

## 4)プロバイダー:

 OCN その他

注意:具体的に記載

5)アカウント:

 .Mac その他

注意:具体的に記載

---

## V.画像記録媒体

 ビデオテープ CD DVD

---

## VI.その他

気づいたことを記載下さい

## 遠隔診断

### 受信側データシート

無印: 必ず記載する項目

\*印: 記載できない場合もある項目

#### I. 基本情報

1. 施設名:

2. 患者イニシャル: 氏  名

3. 生年月日: 年 月 日

4. 性別: 男  女

5. カルテ番号(施設内ID #):

6. 記載年月日: 年 月 日

7. 記載者名:

#### II. 遠隔診断時の受信状態

1. リアルタイム動画像の劣化による診断上の困難の有無  
(本システムの診断画像の質、通信による劣化が診断に影響したかどうかを主観的に評価してください)

以下の項目から一つ選択してください

a. 極めて良好: 通信上の問題によると推測される画像劣化の存在を感じない

b. 良好: 通信上の問題の存在が疑われる画像劣化が認められるが、回避可能であり診断に影響は無い。

※通信上の問題:持続的または一時的な通信速度の低下、  
パケットロス、機器の不調、および通信システムの  
性能不十分など

bを選択した場合、下記の4項目のいずれかを  
選択してください

- イ.一時的に画像の乱れ(動きの停止、フレームの欠落、  
モザイク画像の発生)があるが、診断には影響がない。
- ロ.エコー像以外の部分に像の欠損が持続的にみられるが、  
診断には影響がない。
- ハ.エコー像の部分に像の欠損が持続的にみられるが、  
診断には影響がない。
- ニ.エコー像の部分に像の欠損が持続的にみられるが、  
断面の移動させることにより診断には影響がない。
- c.不良:通信上の問題によると推測される画像劣化のため、  
診断がやや困難。不正確な診断となる可能性がある。
- d.極めて不良:通信上の問題によると推測される画像劣化のため  
診断不能(診断中止)

注意:通信上の問題の発生を認めたり、疑われてた時の受診画像の  
状態を記載。例えば、どの部位がどのような状態になるか。  
画面全体がどのようなようになるか。

※通信上の問題:持続的または一時的な通信速度の低下、  
パケットロス、PCをはじめとする通信機器の不調、および  
通信システムの性能不十分などを含むものとします。

2.診断中の受信画像の状態(診断への影響の有無にかかわらず、  
受信画像の劣化が発生した場合にはその事実と状況を記録して  
ください)

a.良好(問題なし)

b.問題あり

問題ありの場合、以下に記載(複数選択可)

イ.モザイクの発生

①部位:  特定の場所  比較的限定  一定の傾向がない

②持続と同期:  1心拍以内  数心拍以上持続  心拍同期

心拍同期なし  一定の傾向がない

③頻度:  稀  数回程度  頻回の繰返し

ロ.画像の部分的欠落

①部位:  特定の場所  比較的限定  一定の傾向がない

②持続と同期:  1心拍以内  数心拍以上持続  心拍同期

心拍同期なし  一定の傾向がない

③頻度:  稀  数回程度  頻回の繰返し

ハ.画像の動きの停止(フレーム落ち、フリーズ)

①状態:  心拍の乱れと類似  明確な停止

10秒を超える停止

②復旧:  自然回復  ichatAVの再接続等の操作により回復

PCの再起動により回復

③頻度:  稀  数回程度  頻回の繰返し

ニ.問題発生と通信可能速度

(アクティビティモニタによる通信速度表示値)との相関

強く相関  相関あり  一定の傾向がない

モザイク模様、画像の部分的欠落、動きの停止が同時に発生している場合は主要なものを選択してください。画像品質の劣化について、上記で表現できない場合は、以下のコメント欄に記入してください。

画像劣化に関する特記事項

3.遠隔診断時の通信速度

(アクティビティモニタの表示、いずれも目視による概略値でよい)

最大	受信側	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)
	送信側	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)
平均	受信側	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)
	送信側	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)
最低	受信側	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)
	送信側	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)

#### 問題発生時の通信速度

(変動が大きい場合は範囲で記入。ただし、計測していた場合のみ)

受信側	□□□□	～	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)
送信側	□□□□	～	□□□□	キロバイト/秒(kbytes/sec)

※受信側(心エコー実施施設→診断施設の通信速度)、送信側(診断施設→心エコー実施施設の通信速度)。送信側については、心エコー実施施設へ音声、テレビカメラ画像の送信を行った場合のみ記載。

### Ⅲ.遠隔診断、助言初期治療

#### 1.基本データ

1)記載年月日: □□□□年□□月□□日

2)診断者名: □□□□□□□□□□

3)診断年月日: □□□□年□□月□□日

#### 2.遠隔超音波診断

##### 1)診断名

a. □□□□□□□□□□

b. \* □□□□□□□□□□







---

---

## 2.通信回線、プロバイダー

1)外部回線への接続:  専用回線  LAN経由

2)外部回線の種類:  光ファイバー(basic)  光ファイバー(Bフレッツ)

ADSL  ISDN  その他 注意:具体的に記載

3)回線下り通信速度(最高):    M bit

4)プロバイダー:  OCN  その他 注意:具体的に記載

5)アカウント:  .Mac  その他 注意:具体的に記載

---

---

## V.画像記録媒体

ビデオテープ  CD  DVD

---

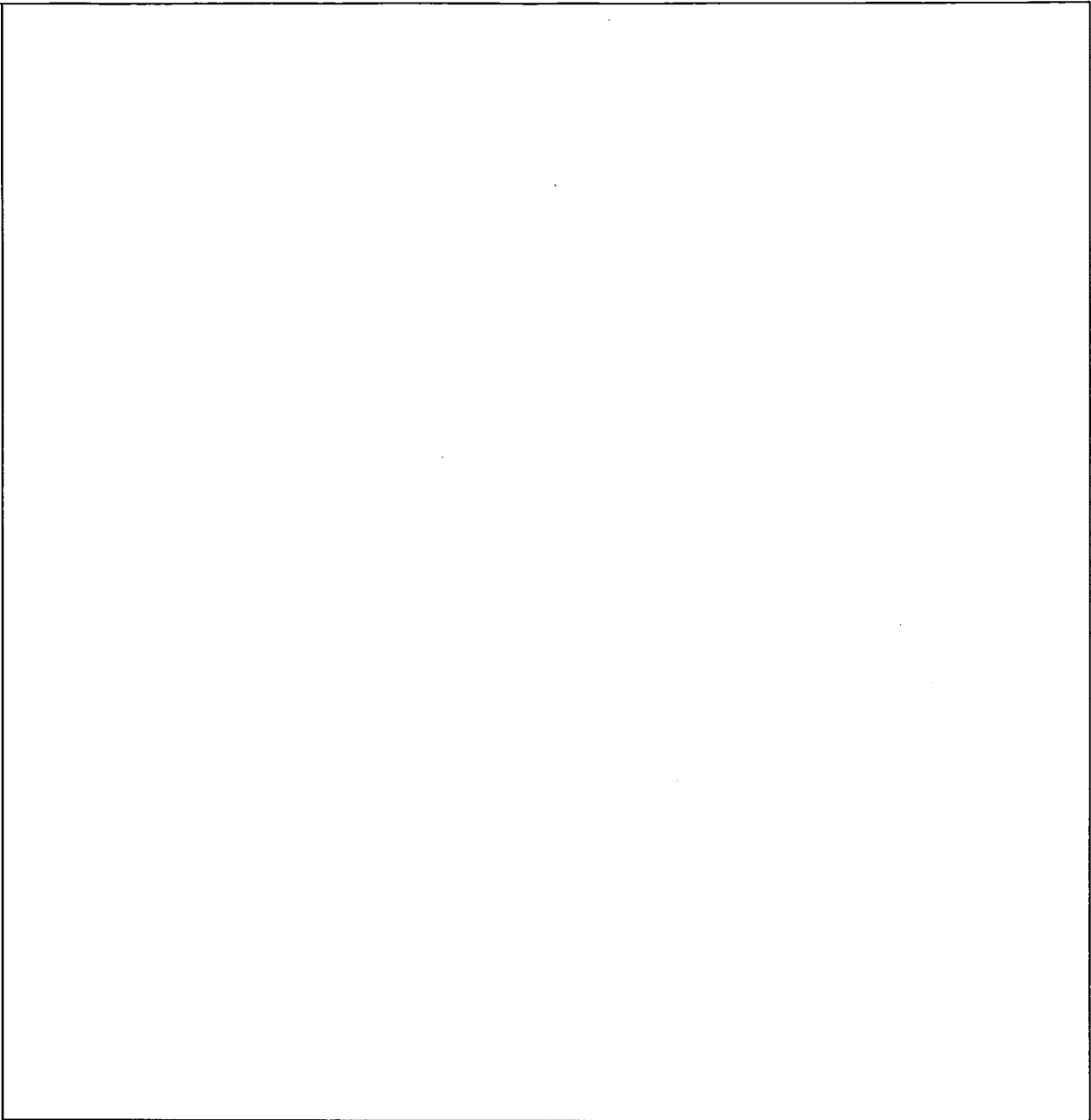
---

## VI.その他

気づいたことを記載下さい

登録番号

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--



## 遠隔診断

### 搬送または受診後診断シート

無印:必ず記載する項目

\*印:記載できない場合もある項目

#### I.基本情報

1.施設名:

2.患者イニシャル: 氏  名

3.生年月日: 年 月 日

4.性別: 男  女

5.カルテ番号(施設内ID #):

6.記載年月日: 年 月 日

7.記載者名:

#### II.遠隔診断後の超音波診断

##### 1.記憶媒体による超音波診断

注意:遠隔診断実施者が診断をおこなうこと

##### 1)診断名

a.

b. \*

c. \*

---

d. \*

e. \*

2) 診断者名:

3) 診断年月日: 年 月 日