

者、生物統計勝亦百合子（琉球大学）が、試験の中止又は終了後 3 年の間、本試験に係わる必須文書を保存する。

23. 健康被害補償

本試験に起因して、被験者に何らかの健康被害が生じた場合には、実施医療機関は治療その他必要な措置を講ずる。

本研究で使用される薬剤はすべて適応内使用となるため、副作用による健康被害が生じた場合、医薬品医療機器総合機構による医薬品副作用救済制度の対象となる。

また本研究との因果関係が否定できない健康被害 1 級および 2 級については補償の対象となる。

24. 公表に関する取り決め

本試験の未発表データ等の情報及び本試験の結果の一部又は全部を学会、雑誌等外部に発表する場合には、責任者の責任のもと取り扱うこととする。

25. 研究費

厚生労働省科学研究費補助金 (H21-017 臨床研究 一般 主任研究者 植田真一郎) による

26. 研究分担施設一覧 (平成 21 年 12 月現在)

琉球大学医学部附属病院
豊見城中央病院
与那原中央病院
沖縄赤十字病院
南部徳州会病院
ちばなクリニック
佐賀大学医学部附属病院
広島大学医学部附属病院
徳島大学医学部附属病院
島根大学医学部附属病院
大阪掖済会病院
済生会二日市病院

27. 参考文献

1. Cannon CP, Steinberg BA, Murphy SA, et al.: Meta-analysis of cardiovascular outcomes trials comparing intensive versus moderate statin therapy. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 438-445.
2. Turnbull F: Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet* 20

03; **362**: 1527-1535.

3. Mochizuki S, Dahlof B, Shimizu M, et al.: Valsartan in a Japanese population with hypertension and other cardiovascular disease (Jikei Heart Study): a randomised, open-label, blinded endpoint morbidity-mortality study. *Lancet* 2007; **369**: 1431-1439.
4. Ogihara T, Nakao K, Fukui T, et al.: Effects of candesartan compared with amlodipine in hypertensive patients with high cardiovascular risks: candesartan antihypertensive survival evaluation in Japan trial. *Hypertension* 2008; **51**: 393-398.

添付資料 3

ランダム化比較試験 CRF

日本人糖尿病合併冠動脈疾患患者における積極的脂質低下・
降圧療法と標準治療のランダム化比較試験

調査票

Version 1.0 2009年 12月 25日
Version 1.1 2010年 4月 13日
Version 1.2 2010年 9月 18日

CRF NO.	CRF種別
1	1) 症例登録票【1・2】
2	2) 登録時報告書【1・2】
3	3) 心筋梗塞、経皮的冠動脈形成術の既往に関する登録時調査票
4	4) 経過調査票(6ヵ月おき)
5	5) 経過調査票(12ヵ月おき)
6	6) プロトコール治療中止および試験中止調査票
7	7) イベント発生調査票
8	8) イベント発生1年後調査票
9	9) イベント詳細調査票 死亡
10	10) イベント詳細調査票 急性心筋梗塞【1・2】
11	11) イベント詳細調査票 脳卒中
12	12) イベント詳細調査票 不安定狭心症【1・2】
13	13) イベント詳細調査票 心不全【1・2】
14	14) イベント詳細調査票 腎機能障害
15	15) イベント詳細調査票 末梢動脈疾患【解離性大動脈瘤】
15	15) イベント詳細調査票 末梢動脈疾患【動脈硬化性末梢動脈閉塞症】
16	16) 有害事象調査票
17	17) 重篤な有害事象調査票(緊急有害事象報告書)
18	18) 最終転帰確認票

症例登録票【1】

日本人糖尿病合併冠動脈疾患患者における積極的脂質低下・降圧療法と標準治療のランダム化比較試験

特定非営利活動法人 臨床評価研究所

試験事務局(琉球大学)

電話 075 751 4247/FAX 075 751 4250

電話 098-895-1195/FAX098 895 1447

記載日	20	年	月	日
同意取得日	20	年	月	日
施設名	病院			
担当医師名				
匿名化番号				
患者イニシャル	(姓)	(名)		
性	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 / 西暦 年 月 日
身長・体重	cm		kg	
糖尿病歴	()年 <input type="checkbox"/> 日本糖尿病学会の診断基準を満たす <input type="checkbox"/> 糖尿病薬による治療中			
心血管疾患の既往	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳卒中		
	<input type="checkbox"/> 大動脈瘤	<input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症		
	<input type="checkbox"/> 経皮的冠動脈形成術	<input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス術		
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた			

選択基準のチェック

同意取得前、あるいは登録前1年間の血圧またはLDLコレステロールがガイドライン目標値を達成していない

 LDLコレステロール100mg/dl以下 測定日 20 年 月 日 外来収縮期血圧130mmHg以上 測定日 20 年 月 日 / mmHg

測定日 20 年 月 日 / mmHg

除外基準のチェック

1) 活動性の悪性腫瘍に罹患している患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2) 慢性腎不全により維持透析中の患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3) 心筋梗塞発症3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4) 不安定狭心症3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5) 脳卒中※1 発症後3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6) 糖尿病※2を有しない患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
7) 心筋梗塞の既往のない患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8) 主治医が積極的脂質低下、降圧が適切でないと判断した患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9) スタチンによる重篤な副作用歴を有する患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10) 妊娠中または妊娠の可能性、授乳中の患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

※1: 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血の患者

※2: 同意または登録日前4ヶ月以内の空腹時血糖が126mg/dL以上、75gOGTT 2時間値あるいは随時血糖が200mg/dL以上、HbA1cが6.1%以上、または現在血糖降下薬あるいはインスリン治療中の患者

《次のページ【2】にお答え下さい。》
症例登録票【2】

登録時検査結果

検査日 20____年____月____日

血圧 収縮期 mmHg拡張期 mmHg脈拍 拍/分

生化学検査

同意または登録前1年以内の検査

同意または登録日前6ヶ月以内の検査

検査日 20____年____月____日

検査日 20____年____月____日

総コレステロール mg/dLクレアチニン mg/dLトリグリセライド mg/dL尿タンパク定性 + -HDLコレステロール mg/dLeGFR LDLコレステロール mg/dL血糖 mg/dLHbA1c %

生理検査所見

心エコー図 ⇒ EF %

※同意または登録日前後6ヶ月の検査

センター記入欄

受付番号 受付日 20____年____月____日 適格性 適格 ・ 不適格登録番号 登録日 20____年____月____日 割付群 積極的治療群 標準治療群処理担当者

登録時報告書【1】

登録番号

記載日 20__年__月__日 担当医師名

施設名

匿名化番号

患者イニシャル

(姓)

(名)

記載者氏名

割付治療

 積極的治療群 標準治療群

【試験開始時の投薬内容(降圧薬・スタチン)】

1. HMG-CoA還元酵素阻害剤 あり なし2. その他の高脂血症薬 あり なし

3. 降圧薬

カルシウム拮抗薬 あり なしACE阻害薬 あり なしARB あり なし β 遮断薬 あり なし α 遮断薬 あり なしループ利尿薬 あり なしサイアザイド系利尿薬 あり なし抗アルドステロン薬 あり なしその他 あり なし

次のページ【2】(全2ページ)を記載して下さい。



登録時報告書【2】

【試験開始時の投薬内容(糖尿病薬・その他)】

4. 糖尿病治療薬

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| メトホルミン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| SU | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ナテグリニド | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| α GI | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| インスリン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ピオグリタゾン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| DPP-4阻害薬 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| その他 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

5. その他の使用薬剤

- 抗血小板薬(アスピリン)
- 抗血小板薬(アスピリン以外)
- 抗凝固薬
- 亜硝酸薬

心筋梗塞既往・経皮的冠動脈形成術の登録時調査

登録番号

記載日 20__年__月__日 担当医師名 施設名 匿名化番号 患者イニシャル (姓) (名)

記載者氏名 _____

発症時期 _____年__月__日 (確実 推定 不明)

経皮的冠動脈形成術施行日 治療内容

1. _____年__月__日 ※選択項目を作成予定
※登録時直近のもの

6ヶ月後調査票【1】

登録番号

来院日 20__年__月__日 担当医師名 施設名 匿名化番号 患者イニシャル (姓) (名)記載者氏名

試験経過状況

プロトコール治療 継続中 中止 ⇒プロトコール治療中止・試験中止調査票を作成して下さいイベントの発生 なし あり ⇒イベント調査票を作成して下さい有害事象の発生 なし あり ⇒有害事象調査票を作成して下さい重篤な有害事象の発生 なし あり ⇒重篤な有害事象調査票を作成して下さい

現在使用継続中の薬剤の内容

1. HMG-CoA還元酵素阻害薬 あり なし2. その他的高脂血症薬 あり なし

3. 降圧薬

カルシウム拮抗薬 あり なしACE阻害薬 あり なしARB あり なし β 遮断薬 あり なし α 遮断薬 あり なしループ利尿薬 あり なしサイアザイド系利尿薬 あり なし抗アルドステロン薬 あり なしその他 あり なし

次のページ【2】(全2ページ)を記載して下さい。



6ヶ月後調査票【2】

4. 糖尿病治療薬

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| メトホルミン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| SU | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ナテグリニド | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| α GI | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| インスリン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ピオグリタゾン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| DPP-4阻害薬 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

5. その他の使用薬剤

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン) | <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン以外) |
| <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 | <input type="checkbox"/> 亜硝酸薬 |

身体所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|-----------|----------------------|------|------------------------------|
| 収縮期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 拡張期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 脈拍 | <input type="text"/> | 拍/分 | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 体重 | <input type="text"/> | kg | <input type="checkbox"/> 未実施 |

採血所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|------------|----------------------|-------|------------------------------|
| 総コレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 中性脂肪 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| LDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 血糖 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HbA1c | <input type="text"/> | % | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| Cr | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| eGFR | <input type="text"/> | | |

1年後調査票【1】

登録番号

記載日 20__年__月__日 担当医師名 施設名 匿名化番号 患者イニシャル (姓) (名)記載者氏名

試験経過状況

プロトコール治療 継続中 中止 ⇒プロトコール治療中止・試験中止調査票を作成して下さいイベントの発生 なし あり ⇒イベント調査票を作成して下さい有害事象の発生 なし あり ⇒有害事象調査票を作成して下さい重篤な有害事象の発生 なし あり ⇒重篤な有害事象調査票を作成して下さい

現在使用継続中の薬剤の内容

1. HMG-CoA還元酵素阻害剤 あり なし2. その他的高脂血症薬 あり なし

3. 降圧薬

カルシウム拮抗薬 あり なしACE阻害薬 あり なしARB あり なし β 遮断薬 あり なし α 遮断薬 あり なしループ利尿薬 あり なしサイアザイド系利尿薬 あり なし抗アルドステロン薬 あり なしその他 あり なし

次のページ【2】(全2ページ)を記載して下さい。



1年後調査票【2】

4. 糖尿病治療薬

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| メトホルミン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| SU | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ナテグリニド | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| α GI | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| インスリン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ピオグリタゾン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| DPP-4阻害薬 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

5. その他の使用薬剤

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン) | <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン以外) |
| <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 | <input type="checkbox"/> 亜硝酸薬 |

身体所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|-----------|----------------------|------|------------------------------|
| 収縮期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 拡張期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 脈拍 | <input type="text"/> | 拍/分 | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 体重 | <input type="text"/> | kg | <input type="checkbox"/> 未実施 |

採血所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|------------|----------------------|-------|------------------------------|
| 総コレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 中性脂肪 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| LDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 血糖 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HbA1c | <input type="text"/> | % | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| Cr | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| eGFR | <input type="text"/> | | |

1年6ヶ月後調査票【1】

登録番号

来院日 20__年__月__日 担当医師名

施設名

匿名化番号

患者イニシャル

(姓)

(名)

記載者氏名

試験経過状況

プロトコール治療

 継続中 中止 ⇒プロトコール治療中止・試験中止調査票を作成して下さい

イベントの発生

 なし あり ⇒イベント調査票を作成して下さい

有害事象の発生

 なし あり ⇒有害事象調査票を作成して下さい

重篤な有害事象の発生

 なし あり ⇒重篤な有害事象調査票を作成して下さい

現在使用継続中の薬剤の内容

1. HMG-CoA還元酵素阻害剤 あり なし2. その他の高脂血症薬 あり なし

3. 降圧薬

カルシウム拮抗薬 あり なしACE阻害薬 あり なしARB あり なし β 遮断薬 あり なし α 遮断薬 あり なしループ利尿薬 あり なしサイアザイド系利尿薬 あり なし抗アルドステロン薬 あり なしその他 あり なし

次のページ【2】(全2ページ)を記載して下さい。



1年6ヶ月後調査票【2】

4. 糖尿病治療薬

メトホルミン	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
SU	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
ナテグリニド	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
α GI	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
インスリン	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
ピオグリタゾン	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
DPP-4阻害薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

5. その他の使用薬剤	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン)	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン以外)
	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬	<input type="checkbox"/> 亜硝酸薬

身体所見 測定日 20__年__月__日

収縮期血圧(座位)	<input type="text"/>	mmHg	<input type="checkbox"/> 未実施
拡張期血圧(座位)	<input type="text"/>	mmHg	<input type="checkbox"/> 未実施
脈拍	<input type="text"/>	拍/分	<input type="checkbox"/> 未実施
体重	<input type="text"/>	kg	<input type="checkbox"/> 未実施

採血所見 測定日 20__年__月__日

総コレステロール	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="checkbox"/> 未実施
HDLコレステロール	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="checkbox"/> 未実施
中性脂肪	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="checkbox"/> 未実施
LDLコレステロール	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="checkbox"/> 未実施
血糖	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="checkbox"/> 未実施
HbA1c	<input type="text"/>	%	<input type="checkbox"/> 未実施
Cr	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="checkbox"/> 未実施
eGFR	<input type="text"/>		

2年後調査票【1】

登録番号

記載日 20__年__月__日

担当医師名

施設名

匿名化番号

患者イニシャル

(姓)

(名)

記載者氏名

試験経過状況

プロトコール治療

 継続中 中止 ⇒ プロトコール治療中止・試験中止調査票を作成して下さい

イベントの発生

 なし あり ⇒ イベント調査票を作成して下さい

有害事象の発生

 なし あり ⇒ 有害事象調査票を作成して下さい

重篤な有害事象の発生

 なし あり ⇒ 重篤な有害事象調査票を作成して下さい

現在使用継続中の薬剤の内容

1. HMG-CoA還元酵素阻害剤 あり なし2. その他の高脂血症薬 あり なし

3. 降圧薬

カルシウム拮抗薬 あり なしACE阻害薬 あり なしARB あり なし β 遮断薬 あり なし α 遮断薬 あり なしループ利尿薬 あり なしサイアザイド系利尿薬 あり なし抗アルドステロン薬 あり なしその他 あり なし

次のページ【2】(全2ページ)を記載して下さい。



2年後調査票【2】

4. 糖尿病治療薬

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| メトホルミン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| SU | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ナテグリニド | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| α GI | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| インスリン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ピオグリタゾン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| DPP-4阻害薬 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

5. その他の使用薬剤

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン) | <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン以外) |
| <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 | <input type="checkbox"/> 亜硝酸薬 |

身体所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|-----------|----------------------|------|------------------------------|
| 収縮期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 拡張期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 脈拍 | <input type="text"/> | 拍/分 | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 体重 | <input type="text"/> | kg | <input type="checkbox"/> 未実施 |

採血所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|------------|----------------------|-------|------------------------------|
| 総コレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 中性脂肪 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| LDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 血糖 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HbA1c | <input type="text"/> | % | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| Cr | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| eGFR | <input type="text"/> | | |

2年6ヶ月後調査票【1】

登録番号

来院日 20__年__月__日

担当医師名

施設名

匿名化番号

患者イニシャル

(姓)

(名)

記載者氏名

試験経過状況

プロトコール治療

 継続中 中止 ⇒プロトコール治療中止・試験中止調査票を作成して下さい

イベントの発生

 なし あり ⇒イベント調査票を作成して下さい

有害事象の発生

 なし あり ⇒有害事象調査票を作成して下さい

重篤な有害事象の発生

 なし あり ⇒重篤な有害事象調査票を作成して下さい

現在使用継続中の薬剤の内容

1. HMG-CoA還元酵素阻害薬 あり なし2. その他の高脂血症薬 あり なし

3. 降圧薬

カルシウム拮抗薬 あり なしACE阻害薬 あり なしARB あり なし β 遮断薬 あり なし α 遮断薬 あり なしループ利尿薬 あり なしサイアザイド系利尿薬 あり なし抗アルドステロン薬 あり なしその他 あり なし

次のページ【2】(全2ページ)を記載して下さい。



2年6ヶ月後調査票【2】

4. 糖尿病治療薬

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| メトホルミン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| SU | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ナテグリニド | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| α GI | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| インスリン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ピオグリタゾン | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| DPP-4阻害薬 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

5. その他の使用薬剤

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン) | <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン以外) |
| <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 | <input type="checkbox"/> 亜硝酸薬 |

身体所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|-----------|----------------------|------|------------------------------|
| 収縮期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 拡張期血圧(座位) | <input type="text"/> | mmHg | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 脈拍 | <input type="text"/> | 拍/分 | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 体重 | <input type="text"/> | kg | <input type="checkbox"/> 未実施 |

採血所見 測定日 20__年__月__日

- | | | | |
|------------|----------------------|-------|------------------------------|
| 総コレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 中性脂肪 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| LDLコレステロール | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| 血糖 | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| HbA1c | <input type="text"/> | % | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| Cr | <input type="text"/> | mg/dL | <input type="checkbox"/> 未実施 |
| eGFR | <input type="text"/> | | |