

2. 機器同士の接続を確認してください

機器は、あらかじめ接続した状態でお送りしておりますが、配送中に外れる場合があります。各端子とケーブルにアルファベットのシールが貼ってありますので、同じ色とアルファベットの配線が接続されていることを確認してください。外れている場合は、接続してください。



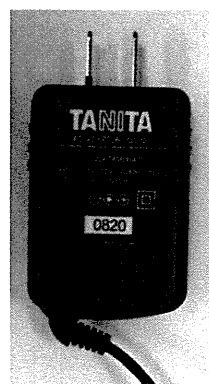
危険

ACアダプターを間違った装置に接続すると、機器の故障、発煙、火災等の原因になりますので、必ず確認してください。

1. レシーバー

- 右図のTANITAマークがついた「ACアダプター」の

電源ケーブル **A** を



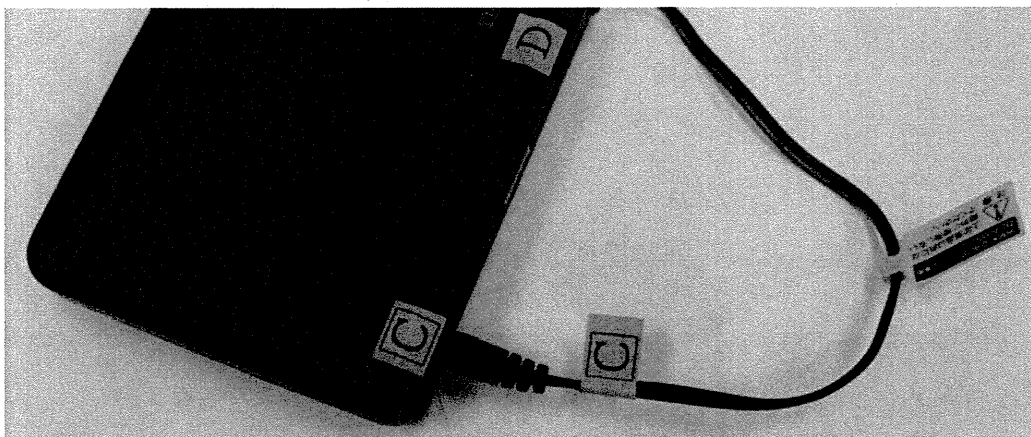
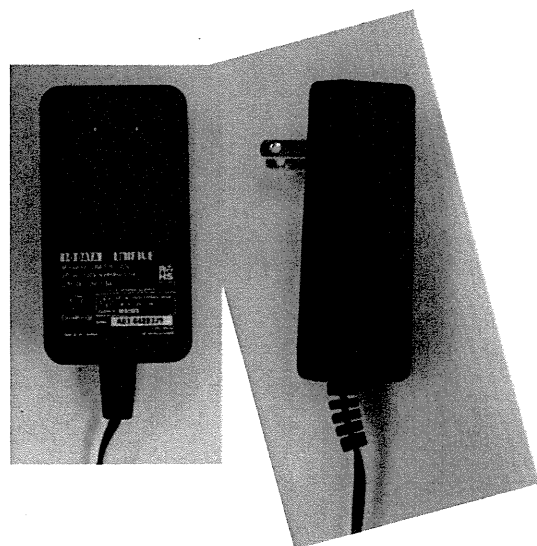
- 左図のように「レシーバー」の電源端子 **A** に接続してください



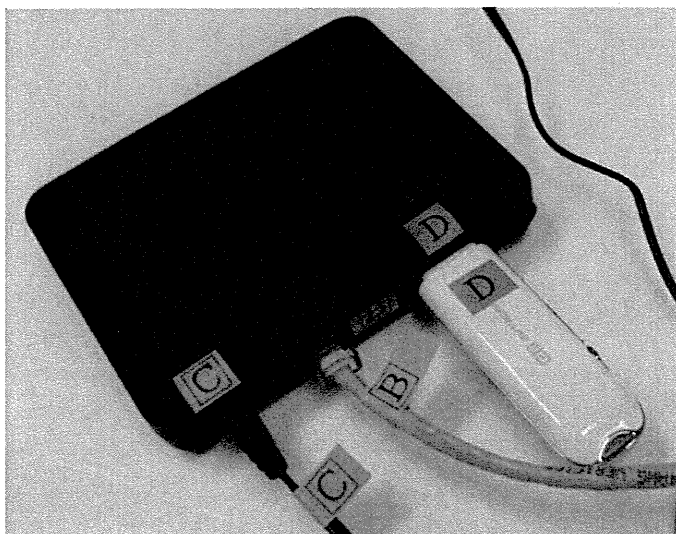
- 次に「LANケーブル **B**」を「レシーバー」のイーサネット端子 **B** に接続してください

2. モバイルルーター

- 右の形の「ACアダプター」の電源ケーブル **C** を
下図のように「モバイルルーター」の **C** の端子に接続してください



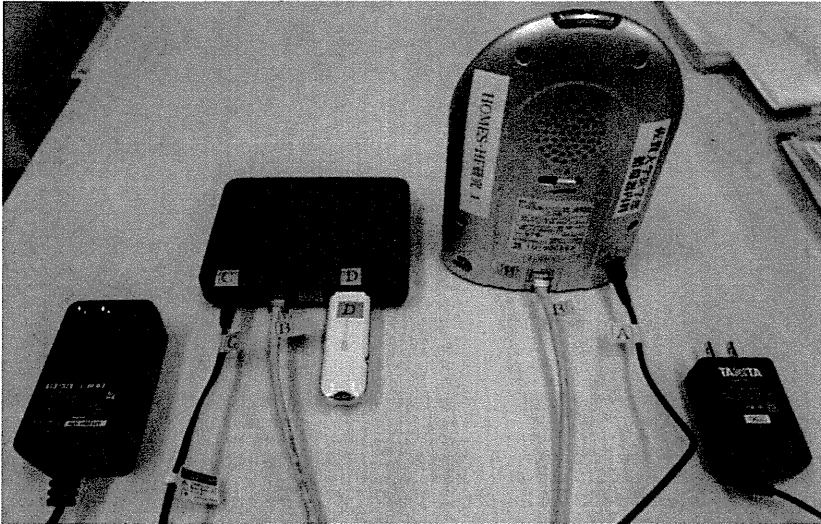
- レシーバーに接続した「LANケーブル **B**」の反対側を「モバイルルーター」の **B** の端子に接続します



- 左図のように「データカード **D**」を「モバイルルーター」の USB端子 **D** に接続します

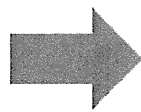
3. 機器をコンセントに接続してください

全ての機器同士の接続が終わると、下の図のようになります。



レーザーおよびモバイルルーターに接続されたACアダプターをそれぞれ御自宅のコンセントに接続してください。

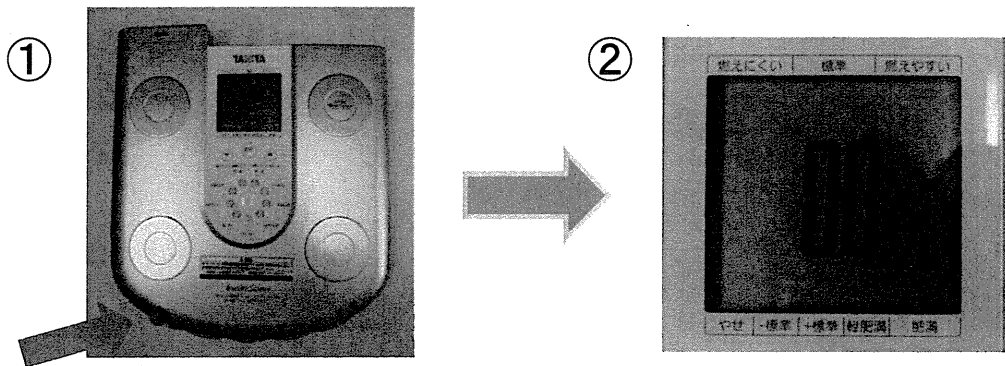
- ① レシーバーの電源ランプが赤色から緑の点滅に変わり
「からだカルテに接続します」という音声アナウンスが流れます
- ② 「もう一度接続します」というアナウンスが1～数回流れた後、
「接続が完了しましたご利用できます」というアナウンスが流れると、
電源ランプが緑の点灯に変わり、接続完了です。



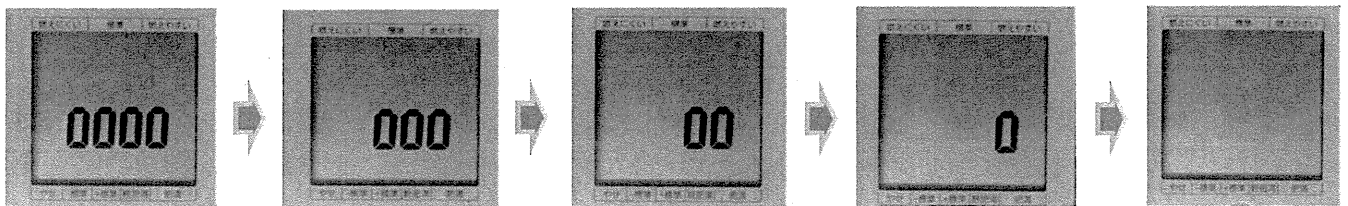
4. 測定方法

1. 体重を測ります

- ① 赤いシール ● のすぐ下にある【ボタン1】を押します
- ② ピッと音がして、画面に0.0kgが表示されてから【素足】で体組成計に乗ります(1→年齢→身長→0.0kgの順に表示されます)



- ③ 下図のように **0000** が全て消えるまで、体組成計の上で静止して下さい。



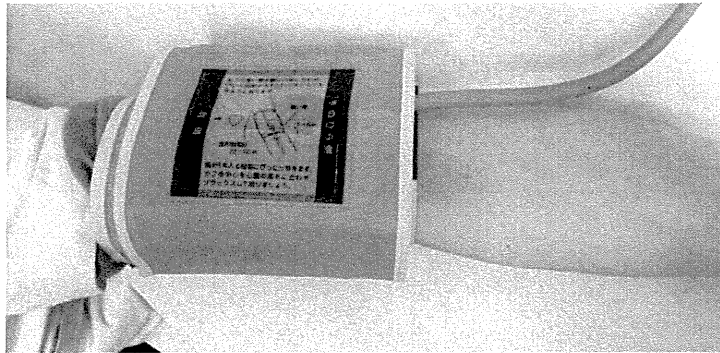
- ④ 体組成計左上の緑色のランプが点灯し、レシーバーから「測定データを受信しました。からだカルテに転送します」という音声 flowed たら、測定完了です。



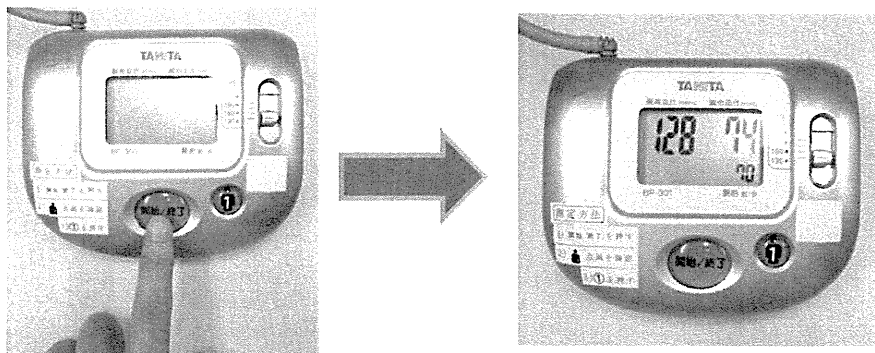
- ⑤ 体組成計から降りてください。体重や体脂肪量などのデータが順番に表示されます。電源は自動的に切れます。

2. 血圧を測ります

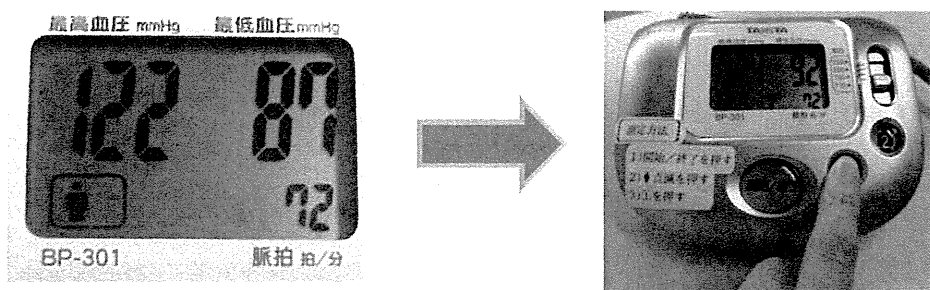
- ① カフの青い帯を腕の内側に合わせ、ひじの関節から1～2cmほど上になるようにあてます、カフについている図を参考にしてください。指が1本入る程度にぴったり巻きます。



- ② 開始/終了を押します。カフが加圧され測定が始まります。



- ③  が点滅しますので、 ボタンを押します。
測定データが転送され、測定終了です。



主治医の先生へ

HOMES-HF

※患者さまにも機器送付時に同封しております。

からだカルテの見方

この度は遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全の在宅管理の研究に対し、ご理解と協力を賜りまして誠にありがとうございます。

遠隔モニタリングセンターでは、対象の患者さまの体重・血圧・脈拍を毎日確認しております。その上で、

- ① 1週間で2kg以上の体重の増減が見られた場合
 - ② 3日以上測定がなされなかった場合
 - ③ 遠隔モニタリング依頼書によって指定した基準に抵触した場合
 - ④ 遠隔モニタリングセンターの医師が、外来担当医へ連絡することが望ましいと判断した場合
- ①～④に担当患者さまが該当する場合には、所定の方法によってご連絡を申し上げます。

また、先生ご自身で担当患者さまのデータをインターネット上で確認することが出来ます。インターネットでタニタの健康応援ネット「からだカルテ」を検索ください。

操作方法

1. タニタの健康応援ネット「からだカルテ」のページからログイン画面へ移動します。

The screenshot shows the homepage of the Tanita Health Support Network. At the top, there is a navigation bar with links for 'よくある質問' (FAQ), 'お問い合わせ' (Contact Us), and 'サイトマップ' (Site Map). The main header features the site name 'からだカルテ' and a promotional banner: '先着30名に、「体組成計タニタの社員食堂」をプレゼント' (Gift a Tanita body composition scale to the first 30 people). Below the header, there are several sections: '会員登録' (Member Registration) with a button '機器を購入する方はコチラ' (Click here to purchase the device); 'コンテンツ' (Content) with links for '健康クラブ日記' (Health Club Diary), '先輩イベント' (Senior Events), 'からだサポート倶楽部' (From Support Club), 'ダイエットコミュニケーション' (Diet Communication), and 'ポイントプログラム' (Point Program); 'からだクロスアップ' (From Cross Up) with a 'ワールドカップ観戦のすすめ' (Recommendation for watching the World Cup); and '私の健康日記' (My Health Diary) with a link to 'からだカルテ会員のブログ' (Blog of From Calte members). On the right side, there is a 'ログイン' (Login) section with a '会員の方はこちら' (Click here for members) link, a 'ログインする' (Login) button, and a '初めの方はこちら' (Click here for first-time users) link. A large arrow labeled 'クリック' (Click) points to the 'ログインする' button. Below the login section, there are links for 'からだカルテってなに?' (What is From Calte?), 'からだカルテの会員になる' (Become a member of From Calte), and a product listing for 'からだカルテSHO P' (From Calte SHO P) with a price of 8,400 yen.

2. ログインIDとパスワードを入力し、からだカルテにログインします。

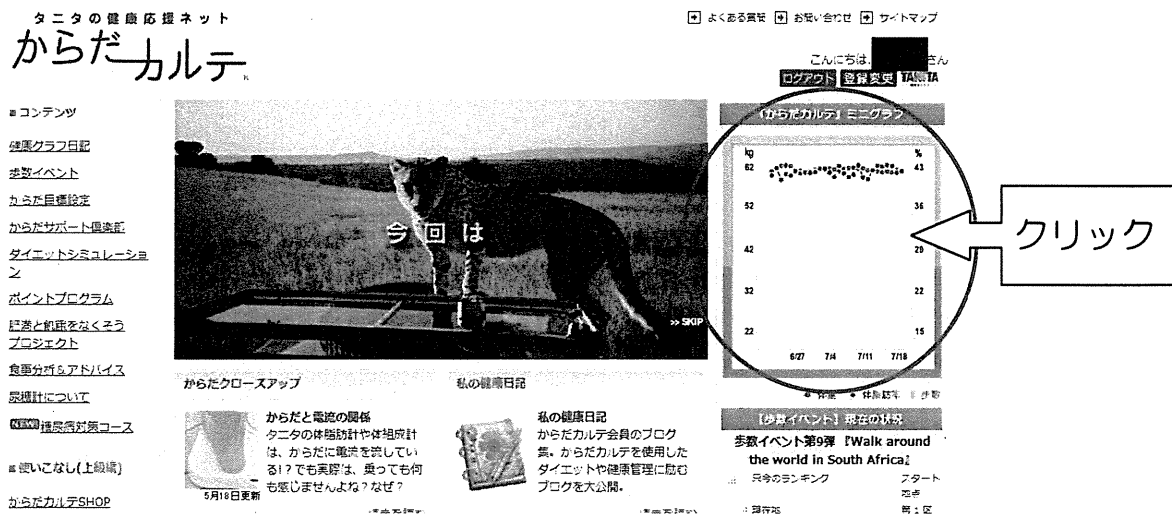


担当患者さまのログインID、パスワードはモニタリングを開始した際に送付する「モニタリング開始通知書」にてご案内しております。

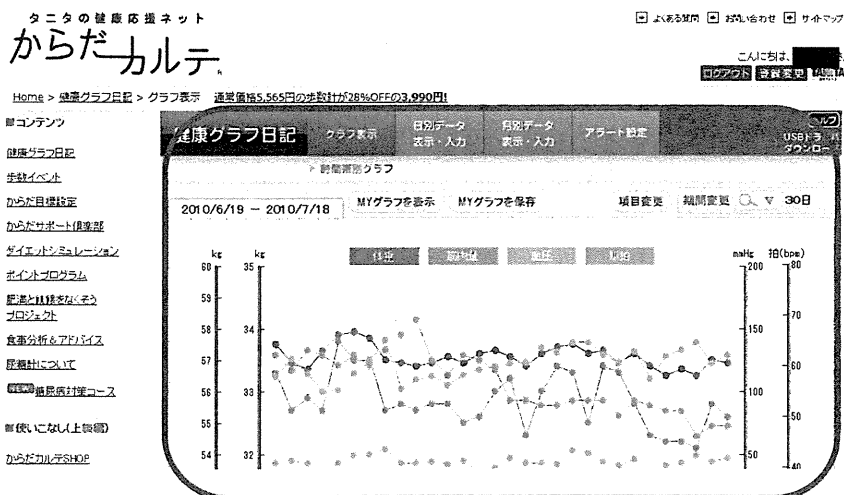
ご不明の場合は、遠隔モニタリングセンターにお問い合わせください。

お問い合わせ先は、最終ページに記載しております。

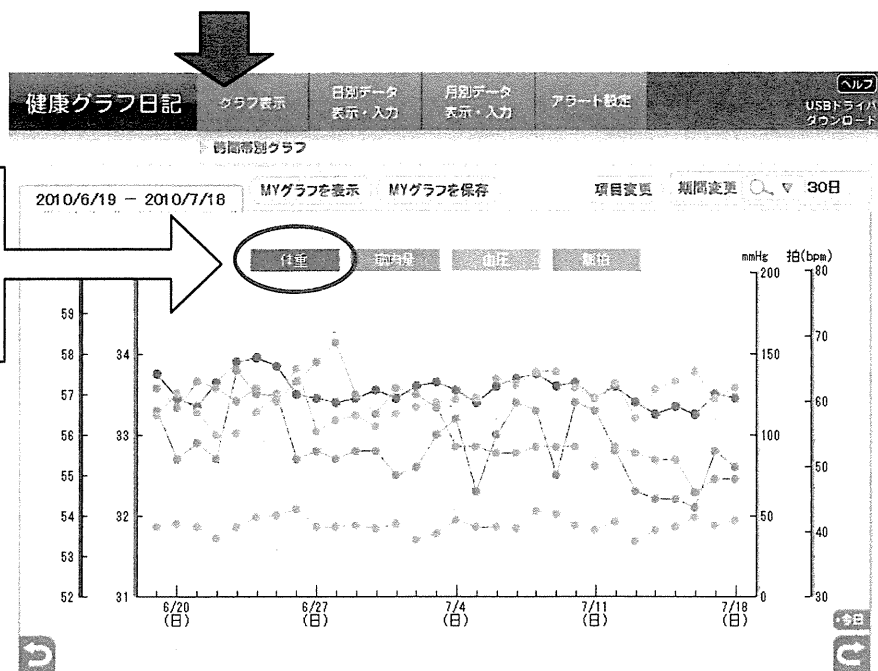
3. 個人画面（ミニグラフ）が表示されます。



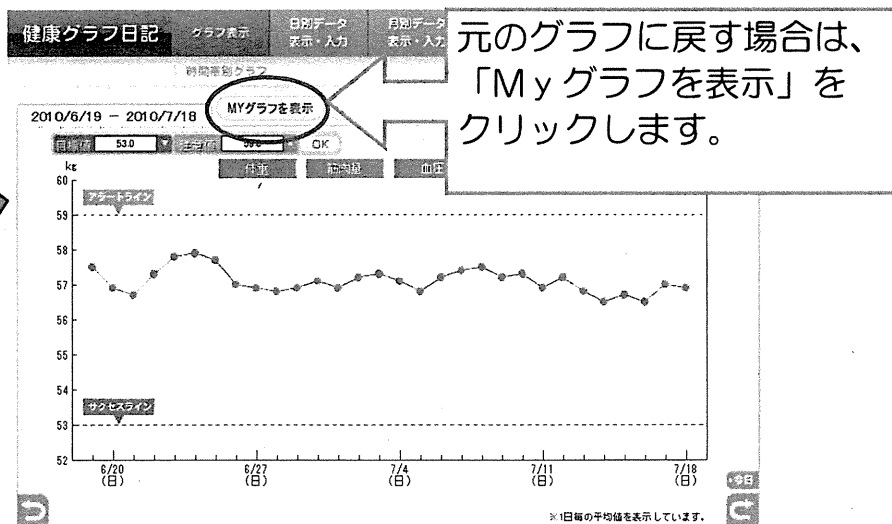
4. 健康グラフ日記が表示されます。



体重のグラフだけ
を表示したい場合、
「体重」を
クリックします



※ 体重のグラフだけが表示されます。



《 項目変更 》 表示する項目を変更することができます。

健康グラフ日記

2010/6/19 - 2010/7/18

MYグラフを表示 MYグラフを保存

項目変更

表示したいグラフ項目にチェックをつけて項目は4つまで選択できます。

自由に選択する。

- 体組成計 - 体重
- 体組成計 - 体脂肪率
- 体組成計 - 体脂肪量
- 体組成計 - 内臓脂肪レベル
- 体組成計 - 基礎代謝
- 体組成計 - 筋肉量
- 体組成計 - 体年齢
- 体組成計 - 骨量
- 歩数計 - 歩数
- 歩数計 - 消費カロリー
- 血圧計 - 血圧
- 血圧計 - 脈拍
- 血糖計 - 血糖値

おすすめセットから選択する。

- メタボリックシンドロームが気になる方
- 生活習慣病が気になる方
- ダイエットをしている方 (女性)
- ダイエットをしている方 (男性)
- 健康管理している方

全チェック解除

キャンセル

OK

クリック

表示したい項目を4つまで選択できます。

チェックボックスをクリックしてチェックを入れます。

選択がおわったら「OK」をクリックします。

《 期間変更 》 表示する期間を変更することができます。

健康グラフ日記

2010/6/19 - 2010/7/18

MYグラフを表示 MYグラフを保存

項目変更 期間変更 30日

クリック

表示したい期間を選択してクリックします。

健康グラフ日記

2010/6/19 - 2010/7/18

MYグラフを表示 MYグラフを保存

項目変更 期間変更 30日

1日詳細

7日

7日詳細

14日

30日

90日

180日

1年

3年

5年

10年

日付指定

今日

5. ログアウトする場合は、画面右上のログアウトをクリックします。

タニタの健康応援ネット
からだカルテ

よくある質問 お問い合わせ サイトマップ

Home > 健康クラブ日記 > グラフ表示 通年価格5,565円の変動計が28%OFFの3,990円!

健康クラブ日記

からだ目録認定
からだサポート倶楽部
ダイエットコミュニケーション
ポイントプログラム
肥満と血糖値をなくそう
プロジェクト
食事分析&アドバイス
尿糖計について
NEW! 糖尿病対策コース
使いこなし(上級編)
からだカルテSHOP

健康クラブ日記

グラフ表示 日別データ表示・入力 月別データ表示・入力 アラート設定 ヘルプ
USBドライバダウンロード

2010/6/19 - 2010/7/18 MYグラフを表示 MYグラフを保存 項目変更 期間変更 30日

kg kg mmHg 拍(bpm)

クリック

お問い合わせ窓口

ログインID、パスワードに関するお問い合わせ

<HOMES-HF 研究事務局・遠隔モニタリングセンター>

佐賀大学医学部 循環器内科

〒849-8501 佐賀県佐賀市鍋島5-1-1

TEL : 0952-34-2169

FAX : 0952-34-2089

尚、からだカルテは、患者さまも閲覧されます。
ログイン、パスワードの変更はされないよう、お願いいたします。

HOMES-HF 研究

FAX

FAX : 043-222-1207 (FAX で提出)

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

HOMES-HF 研究データセンター

千葉大学医学部附属病院 臨床試験部内

Tel : 043-222-1206

② 登録時(基準日)

記載日	(西暦) 年 月 日	登録番号： H F - _ _ _
医療機関名・診療科名		
担当医		

同意

同意日	(西暦) 年 月 日
-----	------------

背景

生年月日	(西暦) 年 月	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
心不全の 原疾患	<input type="checkbox"/> 1. 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 2. 心筋症→ (<input type="checkbox"/> DCM である <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 3. 心筋炎 <input type="checkbox"/> 4. 弁膜症 <input type="checkbox"/> 5. 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 6. その他 _____		
(心不全の急性増悪による) これまでの入院回数		_____ 回	
既往歴	(既往歴が「あり」の場合、詳細をご記載ください)		
<input type="checkbox"/> ₁ 無 <input type="checkbox"/> ₂ 有			
合併症	(合併症が「あり」の場合、詳細をご記載ください)		
<input type="checkbox"/> ₁ 無 <input type="checkbox"/> ₂ 有			

身体所見

血圧	/ mmHg	脈拍	_____ 回/分	身長	_____ cm
				体重	_____ Kg
					(小数第1位まで)
NYHA 分類	<input type="checkbox"/> 1. I 度 <input type="checkbox"/> 2. II 度 <input type="checkbox"/> 3. III 度 <input type="checkbox"/> 4. IV 度				

検査

胸部 X 線	実施日：(西暦) 年 月 日	安静時	実施日：(西暦) 年 月 日
	CTR：(小数第1位まで)	12 誘導心電図	HR _____ /分 Af： <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり
心臓超音波	実施日：(西暦) 年 月 日		
	LVDd _____ mm	LVDs _____ mm	LVEF _____ %
	E/A _____	DcT _____ ms	E/e' _____

心不全治療薬の使用状況

心不全治療薬の 使用状況	<input type="checkbox"/> 1. β 遮断薬 [<input type="checkbox"/> カルベジロール _____ mg <input type="checkbox"/> ビソプロロール _____ mg <input type="checkbox"/> その他 _____ mg]		
	<input type="checkbox"/> 2. ジギタリス製剤	<input type="checkbox"/> 3. 利尿剤	
	<input type="checkbox"/> 4. ACE-I	<input type="checkbox"/> 5. ARB	
	<input type="checkbox"/> 6. 抗アルドステロン薬	<input type="checkbox"/> 7. CCB	
	<input type="checkbox"/> 8. その他 _____		

HOMES-HF 研究

FAX

FAX : 043-222-1207 (FAX で提出)

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

② 登録時(基準日)

HOMES-HF 研究データセンター

千葉大学医学部附属病院 臨床試験部内

Tel : 043-222-1206

登録時 臨床検査(全施設)

採血実施日(原則として空腹時)		(西暦)	年	月	日
項目	単位	検査値	コメント		
血算	赤血球	$\times 10^9/\mu\text{L}$	<input type="checkbox"/> コメントなし ※HbA1c は、NGSP 値または JDS 値のどちらかをご記入ください。(NGSP = JDS + 0.4)		
	ヘモグロビン	g/dL			
	血小板	$\times 10^3/\mu\text{L}$			
	白血球	$\times 10^3/\mu\text{L}$			
生化学検査	AST	U/L			
	ALT	U/L			
	γ -GTP	U/L			
	総ビリルビン値	mg/dL			
	総蛋白	g/dL			
	Ch-E	U/L			
	BUN	mg/dL			
	Cr	mg/dL			
	アルブミン	g/dL			
	Na	mEq/L			
	K	mEq/L			
	Cl	mEq/L			
	TC	mg/dL			
	HDL-C	mg/dL			
	TG	mg/dL			
FBS(空腹時血糖)	mg/dL				
NT-proBNP または BNP (どちらかに○をしてください)	pg/mL	NGSP 値 :	※HbA1c は、NGSP 値または JDS 値のどちらかをご記入ください。(NGSP = JDS + 0.4)		
HbA1c(糖尿病の場合)	%	JDS 値 :			

特記事項がございましたら、ご記入ください。

登録番号

HF - _ _ _

HOMES-HF 研究

FAX

FAX : 043-222-1207 (FAX で提出)

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

③ 6 カ月 外来受診時

HOMES-HF 研究データセンター

千葉大学医学部附属病院 臨床試験部内

Tel : 043-222-1206

記載日	(西暦) 年 月 日	登録番号： HF - _ _ _
医療機関名・診療科名		
担当医		

診察日	(西暦) 年 月 日
-----	------------

背景

NYHA 分類	<input type="checkbox"/> 1. I 度 <input type="checkbox"/> 2. II 度 <input type="checkbox"/> 3. III 度 <input type="checkbox"/> 4. IV 度
---------	---

身体所見

血圧	/	mmHg	脈拍	_____ 回/分	体重	_____ Kg (小数第 1 位まで)
----	---	------	----	-----------	----	-------------------------

心不全治療薬の使用状況

前回 (登録時) からの使用状況	<input type="checkbox"/> 1. 治療薬の変更なし <input type="checkbox"/> 2. 治療薬の変更あり
心不全治療薬の使用状況 「変更あり」の場合のみ回答	<input type="checkbox"/> 1. β 遮断薬 { <input type="checkbox"/> カルベジロール _____ mg <input type="checkbox"/> ビソプロロール _____ mg <input type="checkbox"/> その他 _____ mg } <input type="checkbox"/> 2. ジギタリス製剤 <input type="checkbox"/> 3. 利尿剤 <input type="checkbox"/> 4. ACE-I <input type="checkbox"/> 5. ARB <input type="checkbox"/> 6. 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> 7. CCB <input type="checkbox"/> 8. その他 _____

イベント (登録時から今回 (6 カ月) のまでの間)

イベントの有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑥イベント」調査票をご記入ください (報告済は除く)。

有害事象 (登録時から今回 (6 カ月) のまでの間)

有害事象の有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑦有害事象」調査票をご記入ください (報告済は除く)。

特記事項がございましたら、ご記入ください。

--

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

HOMES-HF 研究データセンター

千葉大学医学部附属病院 臨床試験部内

Tel : 043-222-1206

④ 1 年後 外来受診時

記載日	(西暦) 年 月 日	
医療機関名・診療科名		登録番号:
担当医		H F - _ _ _

診察日	(西暦) 年 月 日
-----	------------

背景

NYHA 分類	<input type="checkbox"/> 1. I 度 <input type="checkbox"/> 2. II 度 <input type="checkbox"/> 3. III 度 <input type="checkbox"/> 4. IV 度
---------	---

身体所見

血圧	/ mmHg	脈拍	_____ 回/分	体重	_____ Kg (小数第 1 位まで)
----	--------	----	-----------	----	-------------------------

検査

胸部 X 線	実施日: (西暦) 年 月 日	安静時 12 誘導心電図	実施日: (西暦) 年 月 日
	CTR: (小数第 1 位まで)		HR _____ /分 Af: <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり
心臓超音波	実施日: (西暦) 年 月 日		
	LVDd _____ mm	LVDs _____ mm	LVEF _____ %
	E/A _____	DcT _____ ms	E/e' _____

心不全治療薬の使用状況

前回 (6 ヶ月) からの使用状況	<input type="checkbox"/> 1. 治療薬の変更なし <input type="checkbox"/> 2. 治療薬の変更あり
心不全治療薬の使用状況 「変更あり」の場合のみ回答	<input type="checkbox"/> 1. β 遮断薬 { <input type="checkbox"/> カルベジロール _____ mg <input type="checkbox"/> ビソプロロール _____ mg <input type="checkbox"/> その他 _____ mg } <input type="checkbox"/> 2. ジギタリス製剤 <input type="checkbox"/> 3. 利尿剤 <input type="checkbox"/> 4. ACE-I <input type="checkbox"/> 5. ARB <input type="checkbox"/> 6. 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> 7. CCB <input type="checkbox"/> 8. その他 _____
服薬率 (登録時から 1 年後までの状況)	<input type="checkbox"/> 1. 75%以上 <input type="checkbox"/> 2. 75%未満

イベント (前回 (6 ヶ月) から 1 年後までの間)

イベントの有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑥イベント」調査票をご記入ください (報告済は除く)。

有害事象 (前回 (6 ヶ月) から 1 年後までの間)

有害事象の有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑦有害事象」調査票をご記入ください (報告済は除く)。

④ 1 年後 外来受診時

HOMES-HF 研究データセンター

千葉大学医学部附属病院 臨床試験部内

Tel : 043-222-1206

1 年後 外来受診時 臨床検査(全施設)

採血実施日 (原則として空腹時)		(西暦)	年	月	日
項目	単位	検査値	コメント		
血算	赤血球	$\times 10^6/\mu\text{L}$	☐ コメントなし		
	ヘモグロビン	g/dL			
	血小板	$\times 10^3/\mu\text{L}$			
	白血球	$\times 10^3/\mu\text{L}$			
生化学検査	AST	U/L			
	ALT	U/L			
	γ -GTP	U/L			
	総ビリルビン値	mg/dL			
	総蛋白	g/dL			
	Ch-E	U/L			
	BUN	mg/dL			
	Cr	mg/dL			
	アルブミン	g/dL			
	Na	mEq/L			
	K	mEq/L			
	Cl	mEq/L			
	TC	mg/dL			
	HDL-C	mg/dL			
	TG	mg/dL			
	FBS(空腹時血糖)	mg/dL			
	NT-proBNP また BNP (どちらかに○をしてください)	pg/mL			
HbA1c(糖尿病の場合)	%	NGSP 値 :	※HbA1c は、NGSP 値または JDS 値のどちらか をご記入ください。 (NGSP = JDS + 0.4)		
		JDS 値 :			

特記事項がございましたら、ご記入ください。

登録番号 :

H F - _ _ _

⑤ 試験終了時

記載日	(西暦) 年 月 日	登録番号： HF - _ _ _
医療機関名・診療科名		
担当医		

診察日	(西暦) 年 月 日
-----	------------

身体所見

血圧	/ mmHg	脈拍	_____ 回/分	体重	_____ Kg (小数第1位まで)
----	--------	----	-----------	----	-----------------------

イベント (前回【1年後】から試験終了までの間)

イベントの有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑥イベント」調査票をご記入ください (報告済は除く)。

有害事象 (前回【1年後】から試験終了までの間)

有害事象の有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑦有害事象」調査票をご記入ください (報告済は除く)。

特記事項がございましたら、ご記入ください。

--

⑥ イベント 調査票

記載日	(西暦)	年 月 日	イベントの回数	() 回目
医療機関名・診療科名			登録番号:	
担当医			HF - _ _ _	

イベント発現日	(西暦)	年 月 日		
イベント内容	<input type="checkbox"/> 1. 死亡 死亡の場合、選択してください⇒	<input type="checkbox"/> 1. 心血管系の原因による死亡 <input type="checkbox"/> 2. 心血管系の原因以外の死亡		
	<input type="checkbox"/> 2. 再入院 再入院の場合、選択してください⇒	<input type="checkbox"/> 1. 心血管系の原因による入院 <input type="checkbox"/> 2. 心不全増悪による再入院 <input type="checkbox"/> 3. 上記以外の再入院		
	<input type="checkbox"/> 3. 自覚症状 (NYHA) の悪化 NYHA 悪化の場合、選択してください⇒	以前(確認日 年 月 日)	今回	
		<input type="checkbox"/> 1. I度 <input type="checkbox"/> 2. II度 <input type="checkbox"/> 3. III度	<input type="checkbox"/> 2. II度 <input type="checkbox"/> 3. III度 <input type="checkbox"/> 4. IV度	

イベントの詳細

--

*イベント発生時は、本調査票と共に別紙「⑦有害事象」調査票・「⑨イベント発生時/中止時」調査票をご提出ください。

イベント発生時データ	イベント発生時データ(「⑨イベント発生時・中止時」調査票)「無」を選択の場合は、下記にその理由をご記入ください。(死亡の場合は記載不要)
<input type="checkbox"/> 1. 有	
<input type="checkbox"/> 2. 無	

*イベント報告後も、試験期間終了まで可能な限りイベント・有害事象の観察を実施してください。また、死亡を除く症例につきましては、試験実施計画書の検査スケジュールに定められた時期の検査を継続して行ってください。

⑦ 有害事象 調査票

記載日	(西暦) 年 月 日	登録番号:
医療機関名・診療科名		HF - _ _ _
担当医		

有害事象名		
発現日	(西暦) 年 月 日	
重篤度	<input type="checkbox"/> ₁ . 重篤 <input type="checkbox"/> ₂ . 非重篤 (重篤の場合、以下の a. ~d. のいずれかを選択してください) 重篤な有害事象の定義 <input type="checkbox"/> ₁ . a. 死亡または死亡につながるおそれ <input type="checkbox"/> ₂ . b. 障害または障害につながるおそれ <input type="checkbox"/> ₃ . c. 治療のための入院又は入院期間の延長 <input type="checkbox"/> ₄ . d. 後世代における先天性の疾病又は異常	
	重症度	<input type="checkbox"/> ₁ . 軽度 : 徴候または症状が認められるが、日常的活動が妨げられず処置を要さないもの <input type="checkbox"/> ₂ . 中等度 : 不快感のため日常的活動が妨げられる、または臨床状態に影響が認められるもので、処置を要するもの <input type="checkbox"/> ₃ . 高度 : 日常的活動が不能となる、または临床上重大な影響が認められるもの
転帰	<input type="checkbox"/> ₁ . 回復 <input type="checkbox"/> ₂ . 軽快 <input type="checkbox"/> ₃ . 未回復 <input type="checkbox"/> ₄ . 回復したが後遺症あり <input type="checkbox"/> ₅ . 死亡 <input type="checkbox"/> ₆ . 不明	
転帰日	(西暦) 年 月 日	
心不全治療薬	処置	<input type="checkbox"/> ₁ . 変更なし <input type="checkbox"/> ₂ . 中止 <input type="checkbox"/> ₃ . 減量 <input type="checkbox"/> ₄ . 増量 <input type="checkbox"/> ₅ . 該当せず
	因果関係	<input type="checkbox"/> ₁ . 関連あり <input type="checkbox"/> ₂ . 関連なし *「関連あり」には「おそらく関連あり」「関連あるかもしれない」も含む
遠隔モニタリング	処置	<input type="checkbox"/> ₁ . 継続 <input type="checkbox"/> ₂ . 中止 <input type="checkbox"/> ₃ . 通常外来治療群
	因果関係	<input type="checkbox"/> ₁ . 関連あり <input type="checkbox"/> ₂ . 関連なし <input type="checkbox"/> ₃ . 通常外来治療群 *「関連あり」には「おそらく関連あり」「関連あるかもしれない」も含む

有害事象の詳細について、ご記入ください。
 (転帰が未回復または不明で追跡調査を終了する場合は、そのコメントもご記入ください。)

⑧ 脱落・中止

記載日	(西暦) 年 月 日	登録番号： HF - _ _ _
医療機関名・診療科名		
担当医		

脱落・中止日	(西暦) 年 月 日
--------	------------

脱落理由	最終外来受診日 (西暦) 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 1. 登録以降一度も来院しない <input type="checkbox"/> 2. その他 _____
中止理由	<input type="checkbox"/> 1. 患者から同意の撤回 (すべてのデータ使用の拒否) <input type="checkbox"/> 2. 患者から同意の撤回 (データの使用は許諾) <input type="checkbox"/> 3. 有害事象により介入の継続が困難 → 別途、「⑦有害事象」調査票をご記入ください <input type="checkbox"/> 4. ペースメーカー、ICD、CRT (D) などの医療機器を装着した <input type="checkbox"/> 5. その他の理由により、医師が試験を中止することが適当と判断した _____

*中止時は、本調査票と共に別紙「⑨イベント発生時/中止時」調査票をご提出ください。

中止時データ	中止時データ (「⑨イベント発生時/中止時」調査票) 「無」を選択の場合は、下記にその理由をご記入ください。患者から同意の撤回 (すべてのデータ使用の拒否) の場合は記載不要
<input type="checkbox"/> 1. 有	
<input type="checkbox"/> 2. 無	

* 中止後も、試験期間終了まで可能な限りイベント・有害事象の観察を実施してください

HOMES-HF 研究

FAX

FAX : 043-222-1207 (FAX で提出)

HOMES-HF 研究データセンター

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

千葉大学医学部附属病院 臨床試験部内

Tel : 043-222-1206

⑨ イベント発生時/中止時

記載日	(西暦) 年 月 日	報告種類	<input type="checkbox"/> 1. イベント発生時 <input type="checkbox"/> 2. 中止時
医療機関名・診療科名		登録番号:	
担当医		H F -	— — —

診察日	(西暦) 年 月 日
-----	------------

背景

NYHA 分類	<input type="checkbox"/> 1. I 度 <input type="checkbox"/> 2. II 度 <input type="checkbox"/> 3. III 度 <input type="checkbox"/> 4. IV 度
---------	---

身体所見

血圧	/ mmHg	脈拍	/ 分	体重	Kg (小数第 1 位まで)
----	--------	----	-----	----	-------------------

検査

胸部 X 線	実施日:(西暦) 年 月 日	安静時 12 誘導心電図	実施日:(西暦) 年 月 日
	CTR:(小数第 1 位まで)		HR _____ /分 Af: <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり
心臓超音波	実施日:(西暦) 年 月 日		
	LVDd _____ mm LVDs _____ mm LVEF _____ % E/A _____ DcT _____ ms E/e' _____		

以下、中止もしくはイベントにより試験が終了となる場合は、ご記入ください。

心不全治療薬の使用状況

前回からの使用状況	<input type="checkbox"/> 1. 治療薬の変更なし <input type="checkbox"/> 2. 治療薬の変更あり
心不全治療薬の使用状況 「変更あり」の場合のみ回答	<input type="checkbox"/> 1. β 遮断薬 { <input type="checkbox"/> カルベジロール _____ mg <input type="checkbox"/> ビソプロロール _____ mg <input type="checkbox"/> その他 _____ mg} <input type="checkbox"/> 2. ジギタリス製剤 <input type="checkbox"/> 3. 利尿剤 <input type="checkbox"/> 4. ACE-I <input type="checkbox"/> 5. ARB <input type="checkbox"/> 6. 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> 7. CCB <input type="checkbox"/> 8. その他 _____
服薬率(登録時から試験終了までの状況)	<input type="checkbox"/> 1. 75%以上 <input type="checkbox"/> 2. 75%未満

イベント

イベントの有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑥イベント」調査票をご記入ください(報告済は除く)。

有害事象

有害事象の有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (<input type="checkbox"/> 報告済)
---------	--

* 「あり」を選択の場合、別紙「⑦有害事象」調査票をご記入ください(報告済は除く)。