

別紙1 植込み時登録票

ペースメーカー新規植込み患者心臓機能障害再認定調査登録票
(植込み時)

Fax: 03-3219-1955

施設名 () 報告者氏名 () 記入日 (20 年 月 日)

患者情報 研究用 ID: (施設 No. -症例 No.)

A. 生年月日: (西暦 年 月 日) 年齢: (歳) 性別: 男 女
イニシャル(e

B. 植込み日: (20 年 月 日)

C. 心不全: 有 (NYHA class: I II III IV) 無

D. 植込み前の心臓機能障害認定: 有 () 級 無

ペースメーカー植込み適応

E. 原疾患: SSS AV block AF bady その他 ()

F. 日本循環器ガイドライン上の植込み適応基準

Class I Class IIa Class IIb Class III

機能評価

G. 日常生活動作 (Activity of daily life: 点)
nBarthel Index (点)

H. 手段的日常生活動作 (Instrumental AL: PL)

ADL 尺度 (Lawton & Brody) (点)

I. 身体活動能力

() METS

J. 主な身体活動能力低下の原因

有 (心疾患 脳血管・神経疾患 整形外科的疾患 その他 ())

無

植込み後心臓機能障害認定

K. 有 (認定等級 () 級) 無

※ 登録時に障害認定等級が受領されていない場合は3ヶ月後に記載すること。

他疾患による機能障害認定

L. 有 (認定等級 () 級) 無

別紙2 フォロー時登録票

ペースメーカー新規植込み患者心臓機能障害再認定調査登録票
植込み後 (3ヶ月 6ヶ月 1年 2年 3年)
Fax: 03-3219-1955

施設名 () 報告者氏名 () 記入日 (20 年 月 日)

患者情報 研究用 ID: (施設 No. 症例 No.)

A. 生年月日: (西暦 年 月 日) 年齢: (歳) 性別: 男 女
イニシャル(e

B. ペースメーカー植込み日: (20 年 月 日)

C. 心不全: 有 (NYHA class: I II III IV) 無

D. 心臓機能障害認定等級 有 () 級 無

等級変化 有 理由 (i) 無

デバイスフォローアップ情報

E. 除細動器へのアップグレード:

有 (ICD CRT-D) 無

F. デバイス抜去 有 無

身体機能評価

G. 日常生活動作 (Activity of daily life: ADL) (Barthel Index) (点)

H. 手段的日常生活動作 (Instrumental ADL: IADL)

ADL 尺度 (Lawton & Brody) () 点

I. 身体活動能力

() METS

J. 主な身体活動能力低下の原因

有 (心疾患 脳血管神経疾患 整形外科的疾患 その他 ())

無

予後評価

K. 入院の有無: 有 (心疾患 その他) 無

L. 生命予後: 生存 死亡 (理由: 心疾患 その他 原因不明)