

**第一次調査アンケート用紙**

成人例の左室緻密化障害の全国調査

所属施設名：\_\_\_\_\_

診療科：\_\_\_\_\_

記載者氏名：\_\_\_\_\_

1) 過去3年間（2012年1月～2015年6月）に、貴施設で成人の左室緻密化障害患者を診療されたことがありますか？

あり ・ なし（いずれかに○をつけて下さい）

「あり」と回答された方のみ、2)以降へお進み下さい。

2) 何症例をご経験されましたか？

\_\_\_\_\_ 症例

小児期より診断されていた症例は除外して下さい。

下記の疾患としてフォローされていることが報告されています。

拡張型心筋症、肥大型心筋症、心サルコイドーシス、

心筋炎、大動脈弁逆流症など。

3) 診断や治療上、問題点がありましたらご自由にご記入下さい。

誠に恐れ入りますが 2015年7月30日までにご返送下さい。

該当症例がない場合も「なし」に○をつけてご返送下さい。

LVNCの診断は添付資料【成人例の左室緻密化障害の暫定診断基準】をご参照下さい。