

5. NIPPON DATA2010 追跡・分析ワーキンググループ報告

リーダー・イベント判定委員会委員長

研究分担者 大久保孝義 (帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 教授)

サブリーダー・追跡委員会委員長

研究分担者 門田 文 (滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 准教授)

メンバー・分析委員会委員長

研究協力者 原田亜紀子 (滋賀医科大学NCD疫学研究センター医療統計学部門 准教授)

イベント判定小委員会

脳卒中イベント判定小委員会

研究協力者 有馬 久富 (福岡大学医学部衛生・公衆衛生学教室 教授)

研究協力者 高嶋 直敬 (近畿大学医学部公衆衛生学教室 准教授)

研究協力者 中村 幸志 (琉球大学大学院医学研究科衛生学・公衆衛生学講座 教授)

研究協力者 二宮 利治 (九州大学大学院医学研究院衛生・公衆衛生学分野 教授)

研究協力者 秦 淳 (九州大学大学院医学研究院衛生・公衆衛生学分野 准教授)

研究協力者 寶澤 篤 (東北大学東北メディカル・メガバンク機構予防医学・疫学部門 教授)

心疾患イベント判定小委員会

研究協力者 宮本 恵宏 (国立循環器病研究センターOIC(オープンイノベーションセンター) センター長)

研究協力者 大澤 正樹 (盛岡つなぎ温泉病院 診療部長)

研究協力者 鳥居さゆ希 (滋賀医科大学 NCD 疫学研究センター予防医学部門 特任助教)

研究協力者 東山 綾 (和歌山県立医科大学医学部衛生学講座 准教授)

研究協力者 久松 隆史 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科公衆衛生学分野 准教授)

糖尿病イベント判定小委員会

研究分担者 門田 文 (滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 准教授)

研究協力者 浅山 敬 (帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座 准教授)

研究協力者 大西 浩文 (札幌医科大学医学部公衆衛生学講座 教授)

研究協力者 櫻井 勝 (金沢医科大学医学部衛生学講座 准教授)

研究協力者 平田 匠 (北海道大学大学院医学研究院社会医学分野公衆衛生学教室 准教授)

研究協力者 宮澤伊都子 (滋賀医科大学内分泌代謝内科 医員)

研究協力者 八谷 寛 (名古屋大学大学院医学研究科国際保健医療学・公衆衛生学分野 教授)

1. NIPPON DATA 2010 追跡・分析ワーキンググループの目的

我々は2010年、同年実施の国民健康・栄養調査の受検者を対象に、従来国が実施してきた循環器疾患基礎調査の後継調査として「循環器病の予防に関する調査（NIPPON DATA 2010）」を実施した。また、将来の健康状態（循環器疾患等の生活習慣病の発症、死亡）の追跡に関する同意を得た者を対象として、2011年より調査票の郵送を中心とした生活習慣病や循環器疾患の発症調査と、人口動態統計を利用した生命予後追跡調査を開始した。また、発症調査の自己申告結果に基づき、脳卒中、心疾患〔心筋梗塞・PCI・心不全・不整脈(主に心房細動)〕、糖尿病の発症が疑われる症例について、医療機関への問い合わせを行った。また、それらの情報に基づき、イベント判定委員会を開催し、発症か否か、発症である場合は診断名および診断の確実性を判定した。

本ワーキンググループの目的は、上記の発症追跡調査・医療機関調査・イベント判定を継続実施するとともに、追跡調査分析用データを整備することである。

2. NIPPON DATA 2010 追跡・分析ワーキンググループの構成

構成・メンバーを前ページに記載した。イベント判定小委員会では、脳卒中、心疾患、糖尿病のそれぞれについて、臨床・疫学研究、地域登録などで実績のある研究分担者・研究協力者により、3つの小委員会を構成した。また、本年度より、追跡調査分析用データを整備・更新するための組織として分析委員会を設けた。

3. 追跡委員会報告

・第11回（2021年）健康調査の実施

1. 目的：発症追跡対象者の発症の確認
2. 調査対象：調査票発送数 2184人
3. 調査内容：例年通りの調査項目に、K6尺度、COVID-19影響調査、ADL調査を追加
4. 調査票初回郵送 2021年11月25日
5. 調査手順：調査票の郵送
未回収の場合は3週間毎にリマインダー葉書郵送→調査票再送→電話で聞き取り⇒宅配
6. 調査準備：
①ND通信 ②調査手順マニュアル改訂 ③調査票作成 ④ファイルメーカー準備
7. 回収数：1909名より回収(回収率87.4%)(2022年1月31日時点)。

第11回追跡調査実務担当者

北岡かおり、南朗子、川島恵美、大橋瑞紀、山田知子、鳥居正恵、中本希美、前村美子、船木彰子、岡見雪子、近藤慶子、原田亜紀子

- ・医療機関への二次問い合わせ・追加情報問い合わせ

健康調査の自己申告結果に基づき、脳卒中、心疾患、糖尿病の発症が疑われる症例について、医療機関への問い合わせを継続している。

- ・第10回健康調査(2020年度実施)回収数確定

回収数を確定した。2100名より調査票が回収された(回収率93.5%)。また、COVID-19影響追加調査の結果を集計し、プレスリリース、学会報告等を実施した(詳細はCOVID-19影響検討ワーキンググループ報告参照)。現在、学会誌に投稿中である。

- ・随時尿郵送検査(2020年度実施)回収数確定

尿検体提出数を確定した。679名より提出があった。また、塩分摂取量、尿中ナトリウム/カリウム比等を評価した(詳細は尿ナトリウム・カリウム分析ワーキンググループ報告参照)。

- ・第2回死因照合(2022年度に実施予定)

第2回生命予後追跡(2020年実施、2020年1月1日～2020年8月1日に住民票請求)で新たに確認された61人の死因について、人口動態統計の公開後に利用申請を行い照合作業を行う予定である。

4. イベント判定委員会報告

2019年度・2020年度の健康調査での発症自己申告に基づいて実施された医療機関調査により、脳卒中、心疾患[心筋梗塞・PCI・心不全・不整脈(主に心房細動)]、糖尿病の発症が疑われる症例について、1イベントにつき、異なる2名のイベント判定委員に判定を依頼する形式で、イベント判定作業を実施中である。このうち、判定委員より判定を行う上で必要な追加情報提供の依頼があった症例に関して、追跡委員会と共同で医療機関への再問い合わせおよび事務局データベース情報検索を行ったうえで追加情報を収集し、当該イベント委員に再判定を依頼している。

2名の判定が一致した症例はイベント発症と判定し、2名の委員の判定が一致していなかったが発症の可能性のある症例について、今後イベント判定小委員会を開催し、合議により判定を行う予定である。

5. 分析委員会報告(資料1参照)

2022～2023年度に、死因情報と、イベント情報、追跡情報とを突合し、追跡データセット

を作成する。

死因情報については、第1回死因照合（2017年実施）で同定された194名の死因、および第2回死因照合（2022年実施予定）で同定予定の61名の死因を統合する。

なお、第1回死因照合において発症調査で把握していなかった死亡例（心筋梗塞3例、脳梗塞2例）が把握されたが、診断根拠が不明確であるため、確診イベントには含めない予定である。第2回死因照合以降も同様の予定である。

イベント情報については、第2回生命予後追跡における住民票請求開始日以前の直近である2019年12月31日までの情報を集計する。イベントは当面は初発イベントに限定する予定である。

追跡情報として、追跡不明例については最終生存確認日で打ち切りとする。追跡調査の同意撤回例については、撤回までのデータ使用に同意が得られた場合は同意撤回日をもって打ち切りとする（全データ使用の同意撤回の場合は追跡対象から除外する）。

なお、事務局で妥当な解析結果が出るかを確認した後、データ受領についての機関の倫理審査承認を受けている施設から配布していく予定である。

参考：判定終了イベント数(2021年2月時点)

脳卒中（2019年度健康調査把握分の途中まで判定終了）：

72件（脳梗塞59, 脳出血8, くも膜下出血5）

心疾患（2019年度健康調査把握分の途中まで判定終了）：

133件（心筋梗塞11, PCI37, 心不全38, 心房細動36, 心房粗動1, ペースメーカー植込10）

糖尿病（2019年度追跡調査把握分の判定終了）：

72件（Ⅰ型糖尿病2, Ⅱ型糖尿病68, 二次性2）

1. 2021年度成果公表進捗

社会経済状況と身体活動(PLoS One. 2021)、社会経済状況とテレビ視聴時間(Environ Health Prev Med. 2021)に関する成果を原著論文で公表した。その他にも、学会発表、論文投稿を継続している。

2. 添付資料

資料1 分析 Database/Dataset 整備計画

資料2 追跡調査票

資料3 発症調査票（脳卒中、心疾患、糖尿病）

分析Database/Dataset整備計画

NIPPON DATA 2010追跡・分析ワーキング

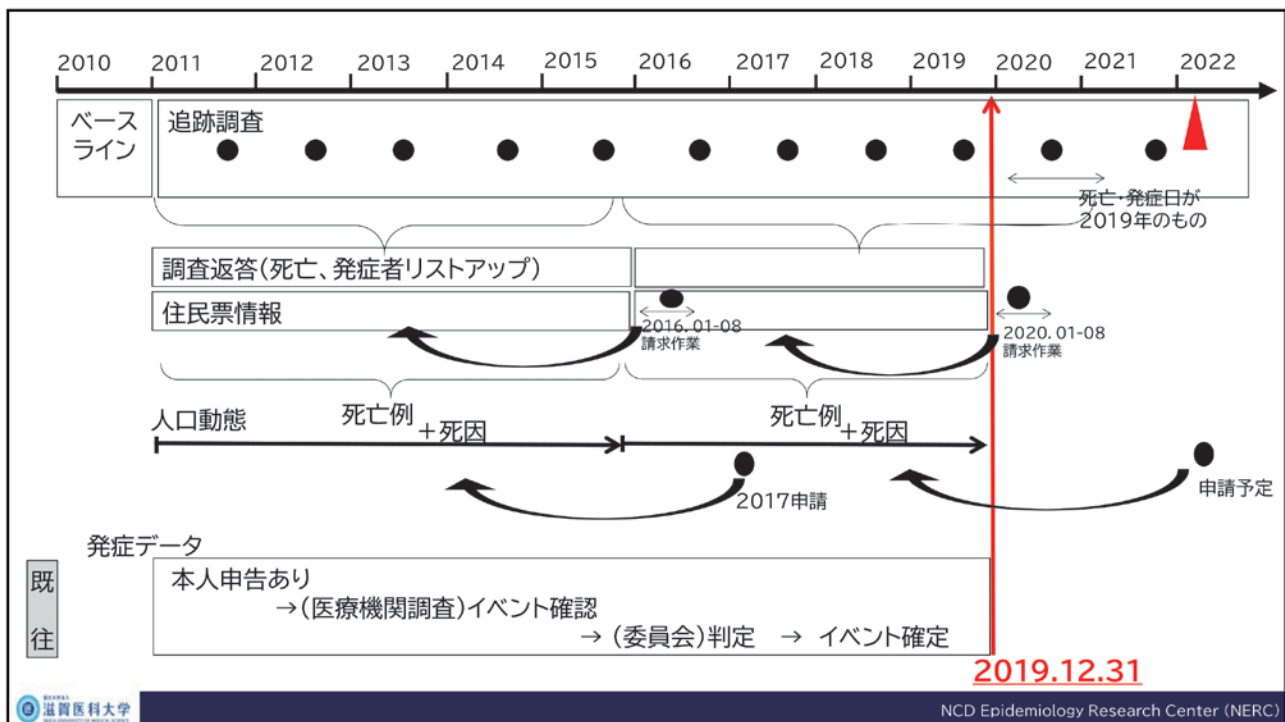
1

1. 分析DB/DS 整備スケジュール

1. 人口動態統計申請（2022年上期）
申請書作成準備（開始）
2. 死亡者死因照合作業（～2019. 12. 31まで分）
3. 発症データ判定・固定（～2019. 12. 31まで分）
4. イベントDB/配布DS作成
 - 1) 発症定義、イベントDB固定に伴う検討事項の確認（委員会等）
 - 2) 発症データセット
変数確定→入力コーディング表作成→ロジカルチェック作成（クエリー）
→クエリーチェック→基本統計算出（チェック）→DB固定
→基本解析（確認）

→倫理審査承認あり機関へ順次配布

2



2. イベント登録・判定状況

(2019年度健康調査把握・判定終了分)

- 脳卒中 72件 (脳梗塞 59, 脳出血 8, くも膜下出血 5)
- 心疾患 133件 (心筋梗塞 11, PCI 37, 心不全 38, 心房細動 36, 心房粗動 1, ペースメーカー植込 10)
- 糖尿病 72件 (1型糖尿病 2, 2型糖尿病 68, 二次性 2)

3. イベント定義

*当量は初発を対象とする

1. 各イベント

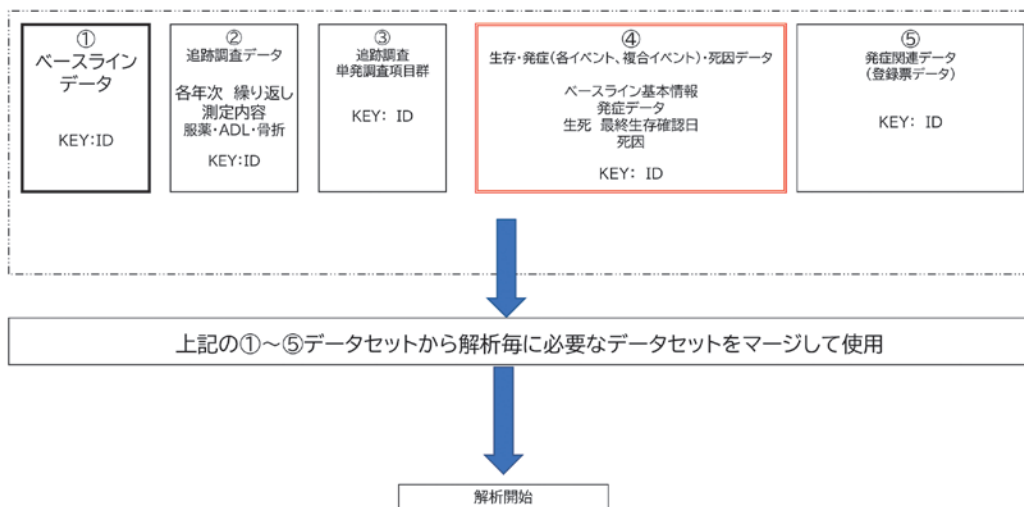
- 脳卒中 (脳梗塞, 脳出血, くも膜下出血)
- 心疾患 (心筋梗塞, PCI, 心不全, 心房細動, 心房粗動, ペースメーカー植込)
- 糖尿病 (1型糖尿病, 2型糖尿病, 二次性)

2. 複合イベント

- 循環器疾患複合エンドポイント
脳卒中発症+心筋梗塞発症+PCI実施+心不全発症
- 冠動脈疾患複合エンドポイント
心筋梗塞発症+PCI実施
- 脳卒中・冠動脈疾患複合エンドポイント
脳卒中発症+心筋梗塞発症+PCI実施
- 脳卒中・冠動脈疾患複合ハードエンドポイント
脳卒中発症+心筋梗塞発症

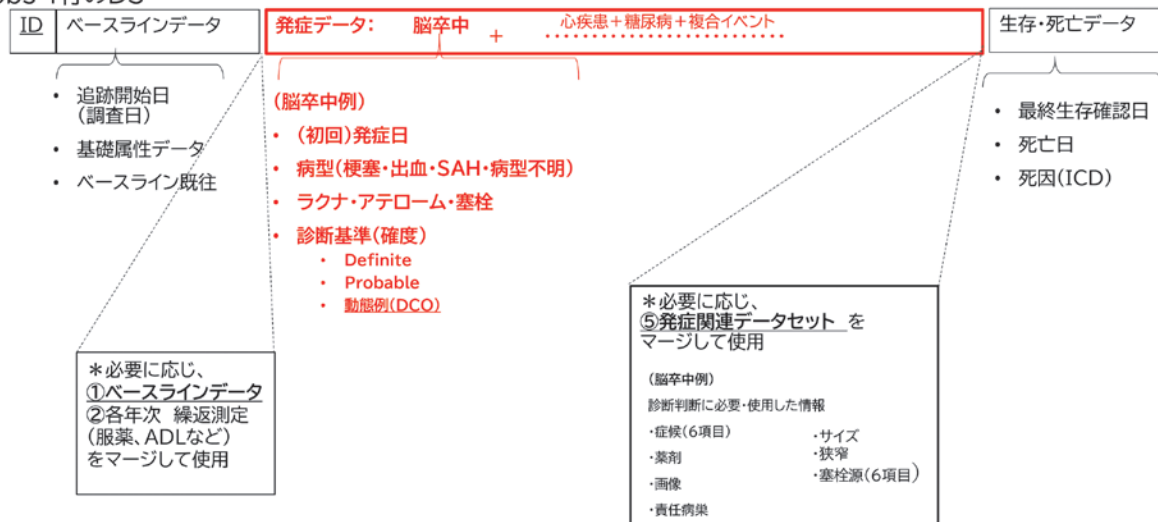
4. DB/DSイメージ

使用方針:ベースラインデータを基本に、解析毎に必要なデータセットをマージして使用する。下記①~⑤データを適宜使用する。



5. DSイメージ ④生存・発症 (各イベント、複合イベント)・死因データ

1obs 1行のDS



7

6. DB/DS Validationプロセス

- 変数、変数定義確定
 - 変数・コーディング表作成・配布マニュアル(案)作成
 - ロジカルチェック作成(クエリー) :
 - 論理チェック:
 - 複合イベント発生日(当該イベントで一番先に発生), 2) イベント発生日 ≤ 死亡日,
 - イベント発生日 ≤ 最終生存確認日, 4) 既往有無 ⇔ イベント発生
 - 死因整合性チェック:
 - 死因(脳卒中、心筋梗塞該当コード) → 脳卒中・心筋梗塞フラグ(DOCフラグ)あり
 - イベント発生日から28日以内の死亡 → 死因チェック
 - 適格性チェック:
 - 追跡調査返答回数(ベースライン以後一度も実施(返答)ない例) など.....
 - クエリーチェック
 - 基本統計算出(チェック)
 - DB固定・配布マニュアル固定
 - 基本解析(確認)
- ↓
- 倫理審査承認ありの機関へ順次配布

<配布後>

- *撤回者、情報修正等の対応(SAS, SPSS等のpgmでの対応)
- *更新事項の発生状況により、Ver. 更新対応

8

論点整理

1. 複合イベント定義について

- 循環器疾患複合エンドポイント
脳卒中発症+心筋梗塞発症+PCI実施+心不全発症
- 冠動脈疾患複合エンドポイント
心筋梗塞発症+PCI実施
- 脳卒中・冠動脈疾患複合エンドポイント
脳卒中発症+心筋梗塞発症+PCI実施
- 脳卒中・冠動脈疾患複合ハードエンドポイント
脳卒中発症+心筋梗塞発症

2. 診断基準確度フラグ

感度分析等を想定した変数設定
「Definite」「Probable」「**動態判定例 (DCO)**」

3. 追跡開始後、発症確認調査の返答がない（数回）例の扱い

発症追跡の打ち切り対応などの検討

2021年度
(令和3年度)循環器病の予防に関する調査
ニッポンデータ2010
健康状態についてのおたずね

滋賀 一太郎 様

.....

以下の質問について、あてはまる□にするし(✓)をつけて下さい。

【1】 2020(令和2)年10月から今までの間に、^{こうけつあつ}高血圧(血圧が高い)で、医師からのお薬による治療を受けられましたか。

1. いいえ
2. はい ⇒ ※お薬による治療を受けている方は、できましたら薬名の記載された説明書や薬の袋等を同封下さい。

【2】 2020(令和2)年10月から今までの間に、^{こうしけつしょう ししつ いじょうしょう}高脂血症・脂質異常症(血中のコレステロールや中性脂肪が高い)で、医師からのお薬による治療を受けられましたか。

1. いいえ
2. はい ⇒ ※お薬による治療を受けている方は、できましたら薬名の記載された説明書や薬の袋等を同封下さい。

【3】 2020(令和2)年10月から今までに、^{とうにょうびょう}糖尿病(血糖値が高い)と医師から言われましたか。

1. いいえ ⇒ 次ページ【4】におすすみ下さい
2. はい
- ↳ 「はい」の場合

- ① 時期 1. 2020(令和2)年10月以前から言われている
2. 2020(令和2)年10月以降にはじめて言われた

② どちらの医療機関を受診されましたか

所在地(市区町村名)

医療機関名

(後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます)

③ 医師からお薬による治療を受けられましたか

1. いいえ 2. はい

次ページ【4】におすすみ下さい

.....

No

事務局使用欄 K Y N (/ 担当)

【4】2020(令和2)年10月から今までの間に、^{しんぞうびょう}心臓病(^{しんきんこうそく}心筋梗塞、^{きょうしんしょう}狭心症、心臓のまわりの血管が狭くなっている、^{しんふぜん}心不全、^{ふせいみやく}不整脈 など)であると医師から言われましたか。

1. いいえ ⇒ 【5】におすすみ下さい

2. はい

↳ 「はい」の場合

① 時期 令和 年 月

② どちらの医療機関を受診されましたか

所在地(市区町村名)

医療機関名

所在地(市区町村名)

医療機関名

(後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます)

③ 以下のどの病気でしょうか

<input type="checkbox"/> ^{しんきんこうそく} 心筋梗塞(心臓のまわりの血管がつまり、 ^{きょうつう} 強い胸痛が起きる病気)
<input type="checkbox"/> ^{きょうしんしょう} 狭心症(心臓のまわりの血管が狭くなり、運動時などに ^{きょうつう} 胸痛が起きる病気)
<input type="checkbox"/> ^{しんふぜん} 心不全(心臓の働きが弱くなり、息切れや ^{むく} 浮腫み等が起きる病気)
<input type="checkbox"/> ^{ふせいみやく} 不整脈(脈の異常)
<input type="checkbox"/> その他(ご記入下さい)
<input type="checkbox"/> わからない

④ 心臓のまわりの血管を広げる治療(^{かんだうみやくかくちょうじゆつ}冠動脈拡張術や^{りゅうちじゆつ}ステント留置術)を受けられましたか

1. いいえ

2. はい

No

事務局使用欄 Y N (/ 担当)

【5】 2020(令和2)年10月から今までの間に、^{のうそちゅう}脳卒中(^{のうこうそく}脳梗塞、^{のうけっせん}脳血栓、^{のうそくせん}脳塞栓、^{のうしゅっけつ}脳出血、^{まくかしゅっけつ}くも膜下出血など)であると医師から言われましたか。(脳卒中では、脳の動脈がつまったり、脳の動脈から出血することによって、突然の顔・手足のマヒ・しびれ、言葉のもつれ、突然の激しい頭痛、めまい・ふらつき等の症状を起こします)

1. いいえ ⇒ 次ページ【6】におすすみ下さい

2. はい

↳ 「はい」の場合

① 時期 令和 年 月

② どちらの医療機関を受診されましたか

所在地(市区町村名)

医療機関名

所在地(市区町村名)

医療機関名

(後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます)

③ 以下のどの病気でしょうか

^{のうこうそく}脳梗塞 (^{のうけっせん}脳血栓・^{のうそくせん}脳塞栓を含む)

^{のうしゅっけつ}脳出血

^{まくかしゅっけつ}くも膜下出血

^{いっかせいのうきょけつほっさ}一過性脳虚血発作

その他 (ご記入下さい))

わからない

No

事務局使用欄 Y N (/ 担当)

【6】新型コロナウイルス流行下の生活習慣や心の健康についておたずねします。

問6-1 **新型コロナウイルス流行下において、さまざまな生活習慣の変化があったようです。最近の生活習慣にあてはまるものがありますか？あてはまるもの全ての□に印（✓）をつけて下さい。**

コロナ流行前とくらべて、

1. 外出回数が減っている
2. 身体を動かすことが減っている
3. 飲酒の頻度や量が増えている
4. 飲酒の頻度や量が減っている
5. 野菜を食べる頻度や量が増えている
6. 間食をする頻度や量が増えている
7. 自宅で料理をしたものを食べる頻度が増えている
8. 友人などと実際に会う機会が減っている
9. 病気やけがの治療のために医療機関（病院や医院）へ行くのを控えている
10. 変化なし（上記にあてはまるものがない）

問6-2 **心の元気さについておたずねします。過去1ヶ月間についてお答え下さい。次のそれぞれの質問について、あてはまる番号1つずつに○をつけて下さい。**

	いつも	たいてい	時々	少しだけ	まったく ない
① 神経過敏に感じましたか	1	2	3	4	5
② 絶望的だと感じましたか	1	2	3	4	5
③ そわそわ、落ち着かなく感じましたか	1	2	3	4	5
④ 気分が沈みこんで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	1	2	3	4	5
⑤ 何をするのも骨折りだと感じましたか	1	2	3	4	5
⑥ 自分が価値のない人間だと感じましたか	1	2	3	4	5

No

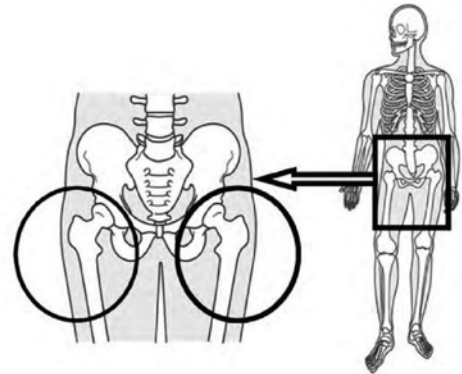
【7】【8】【9】は、70歳以上の方のみお答え下さい

【7】 これまでに^{だいたいこつげいぶ}大腿骨頸部(足の付け根部分)を骨折したことがありますか。

1. いいえ
 2. はい
 └─「はい」の場合

時期

平成・令和 _____ 年頃



【8】 以下の質問にお答え下さい。

- ①現在施設に入所されていますか？ 1. いいえ 2. はい
 ②現在入院されていますか？ 1. いいえ 2. はい
 ③介護保険制度(サービス)を利用されていますか？ 1. いいえ 2. はい

【9】 あなたは食事、排尿・排便、着替え、入浴、歩行の際、他人の手助けを必要としますか。

1. いいえ ⇒ 次ページにおすすみ下さい
 2. はい
 └─「はい」の場合

他人の手助けを必要とする項目全てのに印(✓)をつけて下さい。

- 食事
- 排尿・排便
- 着替え
- 入浴
- 歩行

No

【10】 その他、2020(令和2)年10月から今までの間に、治療された病気や検査などがありましたら、ご記入下さい。

(例 心臓の検査で入院した等)

【11】 以下に、本アンケートを記入された方のご署名をお願いいたします。

氏 名 _____

御 関 係 本人・家族・知人・その他 ()
(↑該当するものに○をつけて下さい)

電 話 番 号 _____
(本アンケートの内容確認等のため、連絡させていただく場合がございますのでご記入をお願いします)

◎ご住所等を変更された場合は、以下にご記入下さい。

新 住 所 _____

電 話 番 号 _____

以下、事務局へのご連絡にご利用下さい。

ご協力、誠にありがとうございました。

事務局使用欄

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> S	受領日
/	/	/	/	/

脳卒中 発症調査票

循環器病の予防に関する調査 ニッポンデータ2010

施設名	貴施設における ID	本調査票記入者ご芳名 連絡先E-mailアドレス	本調査票記入日
住所			令和 年 月 日
TEL	患者氏名	生年月日	性別

令和2年10月以降の発症についてチェックを入れて下さい

- 病型
 - 脳梗塞 → 病型: ラクナ梗塞 アテローム血栓性 心原性脳塞栓 病型不明 その他()
 - 脳出血
 - くも膜下出血
 - 一過性脳虚血発作 → おおよその症状持続時間をご記載ください(時間)
 - 病型不明
 - その他 * 具体的な臨床症状、病名などを記載ください
また、上記のいずれにも該当しない場合もこちらにご記載ください
()
- 上記疾患の発症年月日: 平成・令和 年 月 日
- 症状について (該当するもの全てにチェック もしくは ○をつけてください)
 - 意識障害
 - 運動障害 [1. 顔面 (左・右) 2. 上肢・下肢 (左・右)]
 - 感覚障害 [1. 顔面 (左・右) 2. 上肢・下肢 (左・右)]
 - 構音障害
 - めまい・ふらつき、平衡感覚障害
 - 皮質機能障害(失語・失認・失行・半盲等) * 具体的な障害をご記載ください
()
 - その他 * 具体的な臨床症状などを記載ください
()
- 上記の発症は突発完成型でしたか? はい いいえ 不明 その他()
- 発症前の抗凝固薬・抗血小板薬服用: なし あり → * 薬剤名をご記載ください()

【資料3】

- 画像診断について
 - 画像検査の有無: なし あり → 以下にチェックの上、画像データ、所見用紙等のコピーを同封ください。
 - CT
 - MRI・MRA
 - 頸動脈エコー・TCD
 - 脳血管造影
 - 心エコー・経食道エコー
 - その他()
 - 責任病巣: 皮質・皮質下 基底核(尾状核・内包・被核等) 視床
 - 小脳 脳幹 多発性 不明
 - その他()
- ラクナ梗塞】の場合、以下についてご記載ください
 - 病巣サイズ(最長):(cm)
- 【アテローム血栓性脳梗塞】の場合、以下についてご記載ください
 - 主幹動脈狭窄病変 (50%以上)の有無: なし あり → * 具体的に以下にご記載ください ()
- 【心原性脳梗塞】の場合、以下についてご記載ください
 - 心房細動の有無: なし あり その他 * 具体的に以下にご記載ください ()
 - 心房内血栓の有無: なし あり その他 * 具体的に以下にご記載ください ()
 - 弁膜症の有無: なし あり その他 * 具体的に以下にご記載ください ()
 - 人工弁の有無: なし あり その他 * 具体的に以下にご記載ください ()
 - 心筋梗塞の有無: なし あり その他 * 具体的に以下にご記載ください ()
 - その他塞栓症を疑う状態の有無: なし あり その他 * 具体的に以下にご記載ください ()

ご協力いただきありがとうございます

事務局使用欄	ID	発送日	受領日
--------	----	-----	-----

心疾患 発症調査票

循環器病の予防に関する調査 ニッポンデータ2010

施設名	貴施設における ID	本調査票記入者ご芳名 連絡先E-mailアドレス	本調査票記入日
住所			令和 年 月 日
TEL	患者氏名	生年月日	性別

令和2年10月以降の発症についてチェックを入れて下さい

1. 心疾患の病型
- 心筋梗塞(内腹下梗塞を含む) → 梗塞部位: 前壁・中隔 側壁 下壁・後壁
 - 狭心症 → 病型: 労作性狭心症 冠れん縮性狭心症 その他()
 - 心不全
 - 不整脈 * 具体的な病名などご記入ください。また、心電図がありましたら、コピーを同封ください

(ベースメーカー植込みの有無: なし あり → 施行年月日: 平成・令和 年 月 日)
 ※ 上記の疾患や上記の期間に該当しない場合はこちらにご記入ください

2. 上記疾患の発症年月日: 平成・令和 年 月 日 ※不明の場合は、貴院初診日をご記入ください

3. 心筋梗塞の場合は下記にご記入ください
- 胸部症状
 - 典型的胸痛(20分以上続く胸痛)
 - 非典型的胸痛(上記以外の胸痛)
 - 急性左心不全、ショック、失神
 - その他 () * 具体的な臨床症状などご記入ください

- 心電図変化の有無: なし あり → 異常Q波の出現 ST上昇 T波異常誘導部位: _____
- 心筋脱酸素(CPK, GOT, LDH,等)の上昇:
 - 有(正常範囲の2倍以上) 有(正常範囲の2倍未満) なし 不明
- 心筋トロポニンTまたは心筋トロポニンIによる判定:
 - 有: 陽性 有: 陰性 なし 不明
- 蘇生措置の有無: なし あり

- 診断に至った冠動脈造影の有無:
 - なし
 - あり () * 具体的な所見などご記入ください。所見結果用紙のコピー等を添付いただいても結構です
- 診断に至ったその他の検査(冠動脈CT、心筋シンチグラム等)の有無:
 - なし
 - あり () * 具体的な所見などご記入ください。所見結果用紙のコピー等を添付いただいても結構です

4. 下記の治療の有無をご記入ください

- 経皮的冠動脈インターベンション(PCI)の有無: なし あり → 施行年月日: 平成・令和 年 月 日
- 経皮的冠動脈血栓溶解療法の有無: なし あり → 施行年月日: 平成・令和 年 月 日
- 冠動脈バイパス術(CABG)の有無: なし あり → 施行年月日: 平成・令和 年 月 日

5. 心不全の場合は下記にご記入ください

- NYHA分類: I II III IV (発症時の状況をご記入ください)
- 入院治療の有無: なし あり
- 心不全の診断根拠(該当する項目すべて)
 - 利尿薬や血管拡張薬による追加治療
 - 治療に反応して5日間で4.5kg以上の体重減少
 - BNP高値 → () 値を記入ください
 - 心エコーによる心不全徴候の確認
 - 臨床症状

I	心疾患があるが身体活動には特に制約がなく日常生活により、特に不当な呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの愁訴が生じないもの
II	心疾患があり、身体活動が軽度に制約されるもの;安静時または軽労作時には障害がないが、日常労作のうち、比較的強い労作(階段上昇、坂道歩行など)によって上記の愁訴が発現するもの
III	心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの;安静時には愁訴がないが、比較的軽い日常労作でも愁訴が出現するもの
IV	心疾患があり、いかなる程度の身体労作の際にも上記の愁訴が発現し、また、心不全症状、または狭心症発作が安静時においてもみられ、労作によりそれらが増強するもの

(該当する項目に○をつけてください: 呼吸困難、労作時息切れ、起座呼吸、喘鳴)

- 身体所見 (該当する項目に○をつけてください: 肺ラ音、Ⅲ音、頸静脈怒張、下腿浮腫、体重増加)
- 胸部XP所見 (該当する項目に○をつけてください: 心拡大、肺うっ血、胸水貯留)
- その他 () * 具体的な臨床症状などご記入ください
- 心不全の原疾患:
 - 虚血性心疾患 弁膜症 心筋症 不整脈 高血圧 その他 () 不明

ご協力いただきありがとうございました

事務局使用欄

ID	発送日	受領日
----	-----	-----

糖尿病 発症調査票

循環器病の予防に関する調査 ニッポンデータ2010

施設名 住所 TEL	貴施設における ID	本調査票記入者ご芳名 連絡先E-mailアドレス	本調査票記入日
	患者氏名	生年月日	令和 年 月 日
		性別	

発症についてチェックを入れて下さい

1. 糖尿病の病型: 1型 2型 病型不明 糖尿病ではない(耐糖能障害)
 その他 * 具体的な臨床症状、病名、ご記載ください
 また、上記のいずれにも該当しない場合もこちらにご記載ください
 ()

2. 上記疾患の診断年月日: 平成・令和 年 月 日

3. 診断に至った検査: * 診断に用いられたすべての項目を子チェックしてください
 また、検査項目については数値をご記載ください
 (健康診断などの値をご記載頂いても結構です)

- 空腹時血糖値
 ①平成・令和 年 月 日 ()mg/dl
 ②平成・令和 年 月 日 ()mg/dl
- 随時血糖値
 ①平成・令和 年 月 日 ()mg/dl (食後 時間)
 ②平成・令和 年 月 日 ()mg/dl (食後 時間)
- HbA1c
 ①平成・令和 年 月 日 ()% (NGSP値)
 ②平成・令和 年 月 日 ()% (NGSP値)
- 経口糖負荷検査(75gOGTT)
 平成・令和 年 月 日 空腹時()mg/dl
 2時間値()mg/dl

- 確実な糖尿病性網膜症の存在
 典型的症状(口渇、多飲、多尿、体重減少)の存在

4. 糖尿病関連自己抗体の測定

- 抗GAD抗体: 陽性()U/ml 陰性 未測定
 ● 抗IA-2抗体: 陽性()U/ml 陰性 未測定
 ● その他 → () * 具体的な抗体名・測定結果をご記載ください
 ()

5. 現在の治療について

- 食事・運動療法: なし あり
 ● 薬物治療: なし あり

↓ *「あり」の場合は以下の項目もご記載ください

- 薬物治療の開始年月日: 平成・令和 年 月 日
- 経口糖尿病治療薬: なし あり → () * 具体的な薬剤名をご記載ください
- インスリン治療: なし あり ()
- GLP-1アナログ治療: なし あり
- その他 → () * 具体的にこの記載ください

ご協力いただきありがとうございました

事務局使用欄

ID	発送日	受領日
----	-----	-----