

急性心筋梗塞発症登録調査

ID:

病院名

担当者 先生

1.

年齢

才

☐男

☐女

身長

cm

体重

kg

現住所

都道府県

市町村

震災による避難の有無

☐無

☐有

旧住所

避難ありの場合は旧住所をご記入ください。

2.

既往歴:

狭心症

☐無

☐有

(発症日 昭和/平成 年 月 日)

心筋梗塞

☐無

☐有

(部位: ☐前壁 ☐側壁 ☐下壁 ☐その他)

PCI歴

☐無

☐有

(☐LAD ☐RCA ☐LCx ☐LMT ☐Bypass) 計 回 最終 昭和/平成 年 月 日

CABG歴

☐無

☐有

(部位 最終 平成 年 月 日)

3.

冠危険因子:

治療歴があるか薬物治療を要するもののみとします

高血圧

☐無

☐有

☐不明

糖尿病

☐無

☐有

☐不明

高脂血症

☐無

☐有

☐不明

喫煙

☐無

☐有

☐不明

家族歴

☐無

☐有

☐不明

4.

症状発現日:

平成 年 月 日 時 分

コメント欄

時間は明確に特定できないものなるべく推定して記入してください。特に、来院時間、カテ開始時間は必ず記入してください。

5.

来院日時:

平成 年 月 日 時 分

6.

搬送状況:

☐直接

☐紹介

救急車の利用:

☐無

☐有

☐不明

ヘリコプタの利用:

☐無

☐有

7.

退院日:

平成 年 月 日

入院中 ☐

コメント欄

8.

症状:

☐胸痛・胸部絞扼感

☐呼吸困難

☐失神

☐嘔気

☐嘔吐

☐心窩部痛

☐その他

9.

入院中合併症:

☐無

☐有

☐心不全

☐心破裂

☐心原性ショック

☐その他

☐難治性不整脈

☐心室瘤

10.

心電図

☐ST上昇型

☐ST非上昇型

ヘモグロビン値:

(入院時) g/dl

血清クレアチニン値:

(入院時) mg/dl

11.

血清酵素:

最大値

CPK

CK-MB

12.

心臓カテーテル検査:

☐無

☐有

☐緊急

☐待機

注:心カテ施行日時の記入時は
来院日時に間違いがないか確認して下さい。

心カテ施行日

平成 年 月 日

心カテ開始時間

時 分

造影所見: 責任病変 Seg: (%)

病変枝数: ☐1枝 ☐2枝 ☐3枝 ☐LMT

非責任病変(AHA分類75%以上) ☐無 ☐有(部位+狭窄度)

LVEF %

Killip ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Forrester ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

13.

再灌流療法:

☐無

☐有

施行日時:

☐緊急カテ中 (平成 年 月 日 時 分)

緊急カテ時以外: (平成 年 月 日 時 分)

治療方法

☐血栓溶解療法(静注・冠注)

☐STENT (☐BMS ☐DES)

☐血栓吸引

☐POBA

☐DCA

☐CABG

☐CB

☐Rota

☐その他

成否: ☐成功 ☐不成功

最終狭窄度: (%)

再灌流後の合併症: ☐無 ☐有

(合併症名:)

14.

転帰・予後:

☐生存(生存確認日 平成 年 月 日)

☐転院(転院日 平成 年 月 日)

転院先:

☐死亡(死亡日 平成 年 月 日)

剖検: ☐無 ☐有

直接の死因: ☐心不全 ☐心破裂・中隔穿孔 ☐不整脈 ☐術後死亡 ☐その他

死亡主所見: