

ベースライン時調査票(1/3)

記載日	年 月 日
記載者	

Visit I

匿名化番号 _____ 登録日 _____ 年 月 日

*【許容範囲】入院時～退院時

登録時年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身長	cm <input type="checkbox"/> 欠測	体重	kg <input type="checkbox"/> 欠測
BMI	kg/m ² <input type="checkbox"/> 欠測	血圧	/ mmHg <input type="checkbox"/> 欠測
NYHA分類	<input type="checkbox"/> I度 <input type="checkbox"/> II度 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度	脈拍	拍/分 <input type="checkbox"/> 欠測
リハビリ算定疾患	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 大血管疾患 <input type="checkbox"/> 下肢末梢動脈疾患		

冠危険因子 *登録日時点の情報

喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた(過去に喫煙) <input type="checkbox"/> 不明		
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	脂質異常症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	心疾患家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

既往歴 *登録日時点の情報

急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	不安定狭心症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
冠攣縮性狭心症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	心不全	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
末梢動脈疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	運動器疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
CKD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	人口透析	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
脳卒中	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 不明		

※冠危険因子・既往歴の定義は定義集を確認する事

血液生化学検査 *【許容範囲】入院時～退院時

実施日	年 月 日	Cre	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
WBC	10 ⁹ /ℓ <input type="checkbox"/> 欠測	eGFR	30ml/min/1.73m ² <input type="checkbox"/> 欠測
RBC	10 ⁹ /ℓ <input type="checkbox"/> 欠測	UA	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
Hb	g/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	TC	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
Ht	% <input type="checkbox"/> 欠測	TG	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
PLT	10 ⁹ /ℓ <input type="checkbox"/> 欠測	HDL-C	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
TP	g/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	LDL-C	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
Alb	g/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	Glu	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
CRP	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	HbA1c	% <input type="checkbox"/> 欠測
UN	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	BNP / NT-proBNP	pg/ml <input type="checkbox"/> 欠測
dROM	U.CARR <input type="checkbox"/> 欠測	BAP	μ mol/ℓ <input type="checkbox"/> 欠測

※採血値について複数候補がある場合は退院時に近い値を採用とする

心エコー検査 *【許容範囲】入院時～退院時 ※実施が「あり」の場合下記に値を記載

実施の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実施日	年 月 日
LVEF	%	E/A	cm/s <input type="checkbox"/> 欠測
LVDd	mm <input type="checkbox"/> 欠測	E/e'	<input type="checkbox"/> 欠測
LVDs	mm <input type="checkbox"/> 欠測	有意な弁膜症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

退院3ヶ月後調査票(1/3)

記載日	年 月 日
記載者	

Visit II

匿名化番号

*【許容範囲】±1ヶ月

実施日	年 月 日	NYHA分類	<input type="checkbox"/> I度 <input type="checkbox"/> II度 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度
体重	kg <input type="checkbox"/> 欠測	血圧	/ mmHg <input type="checkbox"/> 欠測
BMI	kg/m ² <input type="checkbox"/> 欠測	脈拍	拍/分 <input type="checkbox"/> 欠測

血液生化学検査 *【許容範囲】±1ヶ月

実施日	年 月 日	Cre	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
WBC	10 ⁹ /ℓ <input type="checkbox"/> 欠測	eGFR	30ml/min/1.73m ² <input type="checkbox"/> 欠測
RBC	10 ⁹ /ℓ <input type="checkbox"/> 欠測	UA	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
Hb	g/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	TC	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
Ht	% <input type="checkbox"/> 欠測	TG	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
PLT	10 ⁹ /ℓ <input type="checkbox"/> 欠測	HDL-C	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
TP	g/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	LDL-C	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
Alb	g/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	Glu	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測
CRP	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	HbA1c	% <input type="checkbox"/> 欠測
UN	mg/dℓ <input type="checkbox"/> 欠測	BNP / NT-proBNP	pg/ml <input type="checkbox"/> 欠測
dROM	U.CARR <input type="checkbox"/> 欠測	BAP	μ mol/ℓ <input type="checkbox"/> 欠測

呼気ガス検査 *【許容範囲】±1ヶ月 ※実施が「あり」の場合下記に値を記載

実施の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実施日	年 月 日
VO2(AT)	mℓ/kg/min	VO2(peak)	mℓ/kg/min
VE/VCO2 slope		(心電図)心拍数異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
(心電図)ST異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(心電図)調律異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

身体評価 *【許容範囲】±1ヶ月 ※V1で実施があり且つV2でも実施が「あり」の場合下記に値を記載

実施の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実施日	年 月 日
歩行速度	m/秒 <input type="checkbox"/> 欠測	SPPB	点 <input type="checkbox"/> 欠測
握力	kg <input type="checkbox"/> 欠測	SMI	kg/m ² <input type="checkbox"/> 欠測
サルコペニア判定	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不可	6分間歩行	m

退院3ヶ月後調査票(2/3)

併用薬

処方内容確認	<input type="checkbox"/> 退院時処方と変更無し※但し下記の薬においてのみとする
糖尿病治療薬	削除→ 追加→
抗血小板薬	削除→ 追加→
抗凝固薬	削除→ 追加→
降圧薬・狭心症薬 心筋梗塞治療薬 心不全薬	削除→ 追加→
脂質異常症治療薬	削除→ 追加→

イベント情報 *【許容範囲】±3ヶ月 ※1入院を要する場合のみ

死亡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	死亡日	年 月 日
死因			
急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
不安定狭心症※1	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
脳梗塞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
脳出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
くも膜下出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
心不全※1	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	入院日	年 月 日 <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFpEF
			年 月 日 <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFpEF
			年 月 日 <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFpEF
透析導入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	導入日	年 月 日

特記事項記入欄

退院 年後調査票(1)

記載日	年 月 日
記載者	

研究番号

*【許容範囲】±3ヶ月

実施日	年 月 日		
体重	kg □欠測	血压	/ mmHg □欠測
BMI	kg/m ² □欠測	脈拍	拍/分 □欠測

血液生化学検査 *【許容範囲】±3ヶ月

実施日	年 月 日	Cre	mg/dℓ □欠測
WBC	10 ⁹ /ℓ □欠測	eGFR	30mℓ/min/1.73m ² □欠測
RBC	10 ⁹ /ℓ □欠測	UA	mg/dℓ □欠測
Hb	g/dℓ □欠測	TC	mg/dℓ □欠測
Ht	% □欠測	TG	mg/dℓ □欠測
PLT	10 ⁹ /ℓ □欠測	HDL-C	mg/dℓ □欠測
TP	g/dℓ □欠測	LDL-C	mg/dℓ □欠測
Alb	g/dℓ □欠測	Glu	mg/dℓ □欠測
CRP	mg/dℓ □欠測	HbA1c	% □欠測
UN	mg/dℓ □欠測	BNP	pg/mℓ □欠測

イベント情報 *【許容範囲】±3ヶ月 ※1入院を要する場合のみ

死亡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	死亡日	年 月 日
死因			
急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
不安定狭心症 ^{※1}	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
脳梗塞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
脳出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
くも膜下出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	発生日	年 月 日
心不全 ^{※1}	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	入院日	年 月 日 <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFpEF
			年 月 日 <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFpEF
			年 月 日 <input type="checkbox"/> HFrEF <input type="checkbox"/> HFmrEF <input type="checkbox"/> HFpEF
透析導入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	導入日	年 月 日

特記事項記入欄

記載日	年 月 日
記載者	

登録後除外報告書

基本情報

研究番号 _____ 登録日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日	年 月 日	性別	男 女
------	-------	----	-----

除外理由

- Visit2までに他院へと紹介となったため(但し調査できたデータは使用する)
- Visit2において測定できなかったため(但し調査できたデータを使用する)
- 被験者からの同意撤回の申し出があったため
(データ使用の有無を被験者に確認 → 無 ・ 有)
- その他 (データ使用の有無を被験者に確認 → 無 ・ 有)