

CPVT 調査用紙

御施設名 () 報告者ご芳名 () 記入日 ()

患者情報

- A. イニシャル ()
B. 生年月日 西暦 年 月 日
C. 性別 男 女
D. S t a t u s Proband Family Member (Proband との関係 :)

臨床情報

- E. 失神発作 (β -blocker 非内服下) : 有 (初回失神発作年齢 : ____才) 無
誘 因 運動中 安静時 睡眠時 その他
(具体的な発作出現時の状況 : _____)

- F. 心停止、心室細動
(β -blocker 非内服下) : 有 (初回心停止、VF 年齢 : ____才) 無
誘 因 運動中 安静時 睡眠時 その他
(具体的な発作出現時の状況 : _____)

- G. PVC 記録 無 有 (心電図の添付をお願い致します。)
H. 二方向性 VT 無 有 (心電図の添付をお願い致します。)
I. 多型性 VT 無 有 (心電図の添付をお願い致します。)
J. 徐脈 無 有

- K. CPVT の家族歴
家族歴ありの場合、具体的な家族構成等お知らせ下さい

- L. 合併症
- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心房細動 | <input type="checkbox"/> 上室性頻拍 | <input type="checkbox"/> 洞機能不全症候群 |
| <input type="checkbox"/> 房室ブロック | <input type="checkbox"/> 右脚ブロック | <input type="checkbox"/> 左脚ブロック |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 周期性四肢麻痺 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 左室緻密化障害 | <input type="checkbox"/> 精神発達遅滞 | <input type="checkbox"/> 無 |

- M. 最終状況
- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生存 | <input type="checkbox"/> 死亡 (心臓突然死) |
| <input type="checkbox"/> 死亡 (他の原因: _____) | <input type="checkbox"/> 死亡 (原因不明) |

- N. 最終状況確認年齢 (死亡時は死亡時間年齢) (____才) (____年 ____月)
- 死亡時 β -blocker 内服の有無: 無 有

治療

- O. 治療 有 治療開始時年齢 (____才) 治療開始時年齢不明
- 無
- 治療有無不明

- P. 抗不整脈薬投与 有 無 確認年月日 (____年 ____月 ____日) 体重 (____Kg)
- 有の場合 β -blocker (薬剤名: _____ mg/日)
- メキシレチン (____ mg/日) ベラパミル (____ mg/日)
- フレカイニド (____ mg/日)
- その他 (薬剤名: _____ mg/日)

※< β -blocker 投与された場合 >

- 内服中の失神発作: 有 (初回失神発作年齢____才) 無
- 内服中の心停止、心室細動発作: 有 (初回心停止、VF 年齢____才) 無

- Q. ペースメーカー 有 無 (植込年月日: ____年 ____月 ____日)
- R. 交感神経遮断術 有 無 (実施年月日: ____年 ____月 ____日)
- S. 植込型除細動器 (ICD) 有 無 (植込年月日: ____年 ____月 ____日)

安静時 12 誘導心電図 ※コピーの添付をお願い致します。

心電図記録時 年齢: (____才)

心電図記録時 β -blocker 内服の有無: 有 無 不明

トレッドミル運動負荷心電図 ※コピーの添付をお願い致します。(立位、ピーク時、回復期 1,2,4,6分)

トレッドミル運動負荷時 年齢: (____才)

トレッドミル運動負荷時 β -blocker 内服の有無: 有 無 不明

ホルター心電図

実施時年齢: (____才)

Total HR (____回/日) 最大心拍数 (____ bpm) 最小心拍数 (____ bpm)

施行時の β -blocker 内服の有無: 有 無 不明

※以下有の場合、波形のコピーを添付してください。

- | | | | |
|---------|----------------------------|----------------------------|-----------|
| PVC | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | (____回/日) |
| 二方向性 VT | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 多型性 VT | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 心房細動 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 上室性頻拍 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |