

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

1年ごとの追跡調査をお願いしております★

Editing existing 研究ID

→ご記載ください

代理入力を依頼する場合は、REDCapにより自動発番されたIDを転記して下さい

Event Name: ベースラインから [ ] 年後経過

研究ID [ ]

イベント

追跡調査についての文書による同意取得済み: yyyy/mm/dd に同意取得しています

調査日(西暦: yyyy-mm-dd)

\* must provide value

Today Y-M-D  
西暦 年 月 日 yyyy m m d d

追跡方法

\* must provide value

通院  郵便  電話

追跡不能 → 2 ページへ \* reset

イベント発症\_種類

これらについてお次ページ以降、詳しくお尋ねいたします

\* must provide value

冠動脈疾患 → 3 ページへ \* 1

脳卒中 (TIAを除く) → 7 ページへ \* 2

弁疾患 → 9 ページへ \* 3

大動脈疾患

末梢血管

肺炎 → 11 ページへ \* 4

上記イベントなし

★調査は終わりです  
「Save Record」で  
終了してください

死亡

\* must provide value

はい  いいえ

死亡日

\* must provide value

Today Y-M-D  
西暦 年 月 日 yyyy m m d d

死亡原因

\* must provide value

冠動脈疾患  
(急性心筋梗塞、狭心症、その他の急性虚血性疾患)

脳卒中

弁疾患

その他の心血管死

大動脈疾患

末梢血管

悪性腫瘍

感染症

肺炎

その他

その他の心血管死

\* must provide value

心臓起源のその他の死亡

肺塞栓症

特に検死を伴わない限り証明されない、気づかれない  
予想外の死亡(例えば就寝中)を含む突然死

血管手術、血管処置  
または切断(外傷または悪性疾患以外)後の死亡

心不全に起因する死亡

内臓または四肢の梗塞後の死亡

血管以外の原因または出血に起因する  
と確定できないその他の死亡

上記以外の心血管死

上記以外の心血管死: 病名

[ ]

死因その他

(H)

入力はここで終わりです。  
「SaveRecord」で終了してください。ありがとうございました。

＊追跡方法で『追跡不能』を選んだ場合

最終追跡日

\* must provide value

(H)



Today

Y-M-D

西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

最終追跡方法

\* must provide value

(H)

通院  郵便  電話

reset

入力はここで終わりです。  
「SaveRecord」で終了してください。ありがとうございました。

Form Status

Complete?

(H)

Incomplete ▼

Lock this record for this form?

If locked, no user will be able to edit this record on this form until someone with Lock/Unlock privileges unlocks it.



Lock

Save Record

Save and Continue

Save and go to Next Form

-- Cancel --

Delete Record

※『Event Report』の頁において『イベント発症\_種類』で“冠動脈疾患”にチェックがある場合

\* 1 Outcome 1

Modify this instrument

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

1年ごとの追跡調査をお願いしております★



Editing existing 研究ID

Event Name: ベースラインから [ ] 年後経過

！ ご記載ください

研究ID [ ] ! ご記載ください

冠動脈疾患

種類

\* must provide value

- ①  急性心筋梗塞(内膜下梗塞を含む)
- ②  狭心症 → 5 ページへ
- ③  その他の急性虚血性心疾患 → 6 ページへ

複数選択可能

① 種類で『急性心筋梗塞(内膜下梗塞を含む)』を選んだ場合

！ 急性心筋梗塞\_梗塞部位

- 前壁・中隔
- 側壁
- 下壁・後壁
- 分類不能

複数選択可能

！ 上記疾患の発症年月日

\* must provide value

(H) [ ] [31] Today Y-M-D  
西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd  
(日時不詳の場合は推定日を記載)

！ 発症年月日推定の場合チェック

(H)  推定

！ 上記疾患による入院の有無

(H)  あり  なし

reset

入院年月日

\* must provide value

(H) [ ] [31] Today Y-M-D  
西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

！ 罹患枝数

\* must provide value

(H) [ ]  
枝

！ 部位

\* must provide value

- ①  LMT (左主幹部)
- ②  LAD (左前下降枝)
- ③  LCx (回旋枝)
- ④  RCA (右冠動脈)

① LMT狭窄率

\* must provide value

(H) [ ] (%)

② LAD狭窄率

\* must provide value

(H) [ ] (%)

③ LCx狭窄率

\* must provide value

(H) [ ] (%)

④ RCA狭窄率

\* must provide value

(H) [ ] (%)

**!** 急性心筋梗塞 胸部症状\_有無

\* must provide value

胸部症状

\* must provide value

症状あり  症状なし

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

複数選択可能

\*具体的な臨床症状などご記載ください

**!** 心電図変化の有無

\* must provide value

心電図変化

あり  なし

① ST上昇  
 ② 異常Q波の出現  
 ③ T波異常  
 ④ その他

複数選択可能

④ その他の場合

① ST上昇:誘導部位

② 異常Q波の出現:誘導部位

③ T波異常:誘導部位

I  II  III  
 aVr  aVI  aVf  
 V1  V2  V3  
 V4  V5  V6

複数選択可能

I  II  III  
 aVr  aVI  aVf  
 V1  V2  V3  
 V4  V5  V6

複数選択可能

I  II  III  
 aVr  aVI  aVf  
 V1  V2  V3  
 V4  V5  V6

複数選択可能

**!** 心筋逸脱酵素(CPKまたはトロポニンT)の上昇

\* must provide value

あり  なし  不明

**!** 経皮的冠動脈インターベンション(PCI)の有無

\* must provide value

PCI 施行年月日

あり  なし

Today Y-M-D  
 西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

**!** 経皮的冠動脈血栓溶解療法の有無

\* must provide value

経皮的冠動脈血栓溶解療法 施行年月日

あり  なし

Today Y-M-D  
 西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

**!** 冠動脈バイパス術(CABG)の有無

\* must provide value

CABG 施行年月日

あり  なし

Today Y-M-D  
 西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

**!** 冠動脈 CT / MRI 検査の有無

\* must provide value

冠動脈 CT / MRI 検査 施行年月日

なし  
 あり(異常所見あり)  
 あり(異常所見なし)  
 不明

Today Y-M-D  
 西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

## ②種類で『狭心症』を選んだ場合

\*『狭心症』、『その他の急性虚血性心疾患』は症状を伴って受診し、別紙2「Kコードで表示」を伴っているものだけ登録

Attachment: 別紙2\_Kコード.pdf (0.2 MB)

症状を伴って受診し、  
別紙2「Kコードで表示」を伴っているものみの登録です。  
その条件を満たしていますか？

YES  NO

reset

\* must provide value

狭心症の病型\*

- 労作性狭心症  
 安静時狭心症  
 冠攣縮性狭心症  
 その他

複数選択可能

狭心症その他

その他の場合記入してください

上記疾患の発症年月日

Today Y-M-D

\* must provide value

西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd  
(日時不詳の場合は推定日を記載)

発症年月日推定の場合チェック

推定

上記疾患による入院の有無

あり  なし

reset

入院年月日

Today Y-M-D

\* must provide value

西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

罹患枝数

\* must provide value

枝

部位

- ① LMT (左主幹部)  
 ② LAD (左前下降枝)  
 ③ LCx (回旋枝)  
 ④ RCA (右冠動脈)

\* must provide value

LMT狭窄率

\* must provide value

(%)

LAD狭窄率

\* must provide value

(%)

LCx狭窄率

\* must provide value

(%)

RCA狭窄率

\* must provide value

(%)

Form Status

Complete?

Incomplete ▼

- ・③『その他の急性虚血性心疾患』にチェックありの場合、6 ページへ
- ・③『その他の急性虚血性心疾患』にチェックなしの場合、7 ページへ

### ③種類で『その他の急性虚血性心疾患』を選んだ場合

症状を伴って受診し、別紙2「Kコードで表示」を伴っているものみの登録です。その条件を満たしていますか？

\* must provide value

YES  NO

reset

その他の急性虚血性心疾患\*

その他の場合記入してください

上記疾患の発症年月日

\* must provide value

Today Y-M-D

西暦 年 月 日 yyyy mmdd  
(日時不詳の場合は推定日を記載)

発症年月日推定の場合チェック

推定

上記疾患による入院の有無

あり  なし

reset

入院年月日

\* must provide value

Today Y-M-D

西暦 年 月 日 yyyy mmdd

罹患枝数

\* must provide value

枝

部位

\* must provide value

- ① LMT (左主幹部)
- ② LAD (左前下降枝)
- ③ LCx (回旋枝)
- ④ RCA (右冠動脈)

① LMT狭窄率

\* must provide value

(%)

② LAD狭窄率

\* must provide value

(%)

③ LCx狭窄率

\* must provide value

(%)

④ RCA狭窄率

\* must provide value

(%)

Form Status

Complete?

Incomplete ▼

Lock this record for this form?

If locked, no user will be able to edit this record on this form until someone with Lock/Unlock privileges unlocks it.

Lock

Save Record

Save and Continue

Save and go to Next Form

-- Cancel --

Delete Record

- ・『脳卒中(TIAを除く)』にチェックありの場合、7 ページへ
- ・『弁疾患』にチェックありの場合、9 ページへ
- ・『肺炎』にチェックありの場合、11 ページへ
- ・いずれにもチェックがなければ、25 ページへ

※『Event Report』の頁において『イベント発症\_種類』で“脳卒中(TIAを除く)”にチェックがある場合

\*2 Outcome 2

Modify this instrument

! ついている項目は、全ての方がご回答ください

1年ごとの追跡調査をお願いしております★

Editing existing 研究ID

Event Name: ベースラインから [ ] 年後経過

! ご記載ください

研究ID

! ご記載ください

脳血管疾患

脳卒中\_病型

\* must provide value

- 脳梗塞
- 脳出血
- くも膜下出血
- 病型不明
- その他

複数選択可能

脳卒中病型\_その他

(H)

具体的な臨床症状、病名などご記載ください

脳梗塞\_病型

\* must provide value

- ラクナ梗塞
- アテローム血栓性
- 心原性脳塞栓
- 分類不能

複数選択可能

脳卒中 発症年月日

(H)

西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd  
(日時不詳の場合は推定日を記載)

発症年月日推定の場合チェック

(H)

推定

脳卒中による入院の有無

(H)

あり  なし

reset

入院日

(H)

西暦 年 月 日 yyyy/mm/dd

脳卒中症状\_有無

\* must provide value

(H)

症状あり  症状なし

reset

脳卒中\_症状

- 意識障害
- 突然の顔面・上肢・下肢の麻痺、感覚障害
- 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)
- その他

複数選択可能

その他

(H)

\*具体的な臨床症状、病名などご記載ください

あり
  なし
 reset

**種類**
 CT
  MRI
  その他
   
複数選択可能

**その他**

  
その他の場合記入してください

**画像検査\_病巣等**
 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
  その他
  不明
   
複数選択可能

**画像検査病巣\_その他**

**心房細動の有無**
 あり
  なし
  不明
   
\* must provide value
reset

**心房細動発生源の有無**
 あり
  なし
  不明
   
\* must provide value
reset

**心房細動発生源あり\_事象**  
(経食道心エコーで確認した左房内血栓、のように記載)

  
具体的な事象をご記載ください

**Form Status**

**Complete?**

**Lock this record for this form?**
 Lock
   
If locked, no user will be able to edit this record on this form until someone with Lock/Unlock privileges unlocks it.

※『Event Report』の頁において『イベント発症\_種類』で“**弁疾患**”にチェックがある場合入力

\*3 Outcome 3

Modify this instrument

! ついては項目は、全ての方がご回答ください

1年ごとの追跡調査をお願いしております★

Editing existing 研究ID

Event Name: ベースラインから [ ] 年後経過

! ご記載ください

研究ID [ ] ! ご記載ください

弁疾患

! 弁疾患ありの場合

(H)  大動脈弁疾患  僧房弁疾患  三尖弁疾患

複数選択可能

大動脈弁疾患\_狭窄or閉鎖不全

(H)  狭窄  閉鎖不全

複数選択可能

僧房弁疾患\_狭窄or閉鎖不全

(H)  狭窄  閉鎖不全

複数選択可能

三尖弁疾患\_狭窄or閉鎖不全

(H)  狭窄  閉鎖不全

複数選択可能

! 経カテーテル大動脈弁留置術TAVIの有無

\* must provide value

(H)  あり  なし

reset

施行年月日

(H) [ ] [31] Today Y-M-D

西暦 年 月 日 yyyy mmdd

! 弁置換術の有無

\* must provide value

(H)  あり  なし

reset

施行年月日

(H) [ ] [31] Today Y-M-D

西暦 年 月 日 yyyy mmdd

大動脈疾患

! 大動脈疾患ありの場合

(H)  胸部大動脈瘤

腹部大動脈瘤

複数選択可能

! スtent留置術の有無

\* must provide value

(H)  あり  なし

reset

施行年月日

(H) [ ] [31] Today Y-M-D

西暦 年 月 日 yyyy mmdd

! 人工血管置換術の有無

\* must provide value

(H)  あり  なし

reset

施行年月日

(H) [ ] [31] Today Y-M-D

西暦 年 月 日 yyyy mmdd

末梢血管疾患

! 末梢血管疾患ありの場合

(H)  閉塞性動脈硬化症

腎血管性高血圧

その他の末梢血管疾患

複数選択可能

その他の末梢血管疾患

(H) [ ]

その他の場合記入してください

<b>!</b> 末梢血管疾患_画像診断の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
* must provide value		
画像診断のありの場合	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他	
	複数選択可能	
画像診断_その他	<input type="text"/>	
	その他の場合記入してください	
<b>!</b> 病巣等	<input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> その他	
	複数選択可能	
病巣:その他	<input type="text"/>	
	その他の場合記入してください	
<b>Form Status</b>		
Complete?	<input type="radio"/> Incomplete ▼	
Lock this record for this form?	<input type="checkbox"/> Lock	
If locked, no user will be able to edit this record on this form until someone with Lock/Unlock privileges unlocks it.		
	Save Record	
	Save and Continue	
	Save and go to Next Form	
	-- Cancel --	
	Delete Record	

※『Entry』の頁において“高カイトミクロン”にチェックがない場合は入力不要です！

\*4

Outcome 4 Modify this instrument VIDEO: Basic data entry (16 min)  
Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: ベースラインから  年後経過

研究ID

急性肺炎

当該データは高カイトミクロン血症ではないのでここでの入力はありません。  
「Save and go to Next Form」で先に進んでください

Form Status

Complete?  Incomplete

Lock this record for this form?  
If locked, no user will be able to edit this record on this form until someone with Lock/Unlock privileges unlocks it.  Lock



1年ごとの追跡調査をお願いしております★

**！ ついては項目は、全ての方がご回答ください**

Editing existing 研究ID

Event Name: ベースラインから  年後経過

▶ご記載ください

研究ID

▶ご記載ください

副作用

副作用の有無

 あり  なし

reset

種類

 糖尿病（新規発症または増悪） 横紋筋融解症 認知症 静脈血栓症 胆石 その他

その他の場合

副作用の有無を入力したら終了です。

**「Save Record」で終了してください。**  
ありがとうございました

Form Status

Complete?

 Incomplete ▼

Lock this record for this form?

If locked, no user will be able to edit this record on this form until someone with Lock/Unlock privileges unlocks it.

 Lock

Save Record

Save and Continue

-- Cancel --

Delete Record