

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

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

Adding new 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

研究ID

PROLIPID研究にご協力いただきありがとうございます  
出来る限りすべての項目にお答えください  
数字に關しては半角でご入力ください  
ご協力よろしくお願ひ申し上げます

症例登録日(西暦: yyyy-mm-dd)  Today Y-M-D

\* must provide value

原発性高脂血症レジストリ(\*)の登録対象症例である  はい  いいえ →

\* must provide value

※原発性高脂血症レジストリ症例診断基準

Attachment: 原発性高脂血症レジストリ症例診断基準.pdf (0.21 MB)

★調査は終わりです「Save Record」で終了してください

家族性高コレステロール血症 ホモである  はい  いいえ  疑いあり

\* must provide value

家族性高コレステロール血症 ヘテロである  はい  いいえ  疑いあり

\* must provide value

家族性Ⅲ型高脂血症例である  はい  いいえ

\* must provide value

高カイロミクロン血症例である  はい  いいえ

\* must provide value

この4つのうちのいずれかを選択してください！

診断日(西暦: yyyy-mm-dd)  Today Y-M-D

\* must provide value

FAME研究登録症例である  はい  いいえ

\* must provide value

FAME研究IDのアルファベット部分を半角大文字でご記入ください

\* must provide value

FAME研究IDの数字部分を半角でご記入ください

\* must provide value

同意取得状況について

※ベースライン調査は対象者に告知(ポスター掲示等)し、拒否の機会を与えることで同意確認をすることになっています

※追跡調査(1年後)は、文書による同意が必要です

\* must provide value

対象者への告知(院内ポスター掲示等)による拒否の機会提供済み

追跡調査についての文書による同意取得済み

調査参加の拒否(ベースライン調査と追跡調査)

文書による説明後、追跡調査のみ参加拒否

※ 追跡調査実施前に文書による同意取得をお願いします。

※ ベースライン調査の項目のみ登録をお願いします。

同意確認日(西暦: yyyy-mm-dd)  Today Y-M-D

\* must provide value

患者イニシャル 姓 (「山本」なら「Y」)

患者イニシャル 名 (「太郎」なら「T」)

★調査は終わりです「Save Record」で終了してください

性別(いずれかをチェック)

\* must provide value

男性  女性

reset

月経(生理)

ある  ない

reset

閉経年齢(～歳ごろ)

歳ごろ

生年(西暦: yyyy)

\* must provide value

西暦 年 yyyy

誕生月

\* must provide value

月 mm

年齢(登録日)

\* must provide value

歳

[View equation](#) [Disclaimer](#)

Form Status

Complete?

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

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

！ 研究ID  → ご記載ください

身体計測  
(靴なし、下着程度の軽装で実施)

！ 測定年月日(西暦: yyyy-mm-dd)

(H)    Today Y-M-D  
西暦

！ 身長

\* must provide value

(H)   
cm

！ 体重

\* must provide value

(H)   
kg

！ ウエスト周囲長(臍周囲)

\* must provide value

(H)   
cm

血圧(外来血圧、上腕)

最初の二回を記録(一回しか測定していない場合は一回のみ)

！ 血圧 1回目 SBP

\* must provide value

(H)   
mmHg

！ 血圧 1回目 DBP

\* must provide value

(H)   
mmHg

！ 血圧 2回目 SBP

\* must provide value

(H)   
mmHg

！ 血圧 2回目 DBP

\* must provide value

(H)   
mmHg

！ 特徴的身体所見

\* must provide value

- (H)  アキレス腱肥厚  
 結節性黄色腫  
 扁平黄色腫  
 手掌線状黄色腫  
 発疹性黄色腫  
 眼瞼黄色腫  
 その他の腱黄色腫  
 角膜輪  
 その他

特徴的身体所見その他

(H)   
その他の場合記入してください

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

! ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

! 研究ID  → ご記載ください

未治療時検査データ

! 総コレステロール測定の有無

測定あり  未測定

reset

LDLコレステロールが無い場合必須

総コレステロール  
(LDLコレステロールが無い場合は必須)

mg/dl

! LDLコレステロール測定の有無

測定あり  未測定

reset

総コレステロールが無い場合必須

LDLコレステロール(直接法)  
(総コレステロールが無い場合は必須)

mg/dl

! HDLコレステロール

mg/dl

! トリグリセライド

mg/dl

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 --

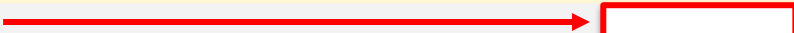
Delete Record

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

！ 研究ID  ご記載ください

登録時血液検査

！ 採血日

\* must provide value

(H)  Today Y-M-D  
西暦 年 月 日

採血条件

！ 採血条件(いずれかをチェック)

\* must provide value

(H)  早朝空腹時(前日の食事から10時間以上)  
 その他  
 不明

！ その他\_最後の食事から採血までの時間

\* must provide value

(H)  時間

血液検査

！ 総コレステロール測定の有無

！ 総コレステロール (LDLコレステロールが無い場合は必須)

\* must provide value

(H)  測定あり  未測定  
LDLコレステロールが無い場合必須  
 mg/dl

！ LDLコレステロール測定の有無

！ LDLコレステロール(直接法) (総コレステロールがない場合は必須)

\* must provide value

(H)  測定あり  未測定  
総コレステロールが無い場合必須  
 mg/dl

！ HDLコレステロール

\* must provide value

(H)  mg/dl

！ トリグリセライド

\* must provide value

(H)  mg/dl

！ 血糖値

\* must provide value

(H)  mg/dl

！ インスリン(血糖同時測定)

(H)  IU/I

！ 尿素窒素(BUN)

\* must provide value

(H)  mg/dl

！ クレアチニン

\* must provide value

(H)  mg/dl

！ GPT(ALT)

\* must provide value

(H)  IU

！ GOT(AST)

(H)  IU

！ γ-GTP

\* must provide value

(H)  IU

！ アルブミン

(H)  g/dl

!	<b>HbA1c (NGSP値)</b> * must provide value	Ⓜ <input type="text"/> % (小数第1位まで入力:小数点第2位を四捨五入)
!	<b>血色素量(ヘモグロビン)</b> * must provide value	Ⓜ <input type="text"/> g/dl



! ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

! 研究ID                      → ご記載ください

アキレス腱撮影

! アキレス腱軟線撮影  検査あり  検査せず(測定不能を含む) reset

厚さ\_右

mm

厚さ\_左

mm

生理学的検査

! ABI  測定あり  測定なし(測定不能を含む) reset

\* must provide value

ABIの値\_右

\* must provide value

ABIの値\_右

測定不能

ABI右が測定不能の場合チェック

ABIの値\_左

\* must provide value

ABIの値\_左

測定不能

ABI左が測定不能の場合チェック

ABIの値\_右

測定不能

ABI右が測定不能の場合チェック

ABIの値\_左

測定不能

ABI左が測定不能の場合チェック

! 12誘導心電図

\* must provide value

異常所見

検査あり  検査せず(測定不能を含む) reset

あり  なし reset

異常所見ありの場合

! 頸動脈エコー

\* must provide value

NASCET法で70%以上の狭窄

検査あり  検査せず(測定不能を含む) reset

あり  なし reset

\* must provide value

! 心エコー

\* must provide value

所見

検査あり  検査せず(測定不能を含む) reset

弁膜症あり 中等度(moderate)以上のもの

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

! ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

! 研究ID  → ご記載ください

家族歴 (2親等以内)

! 冠動脈疾患家族歴  
(男性では55歳未満、女性では65歳未満で発症した家族)

あり  なし  不明  聴取せず

reset

\* must provide value

続柄

親  子  兄弟姉妹  祖父母  孫

\* must provide value

! 家族性高コレステロール血症の家族歴

あり  なし  不明  聴取せず

reset

\* must provide value

続柄

親  子  兄弟姉妹  祖父母  孫

\* must provide value

! 高TG血症の家族歴

あり  なし  不明  聴取せず

reset

\* must provide value

続柄

親  子  兄弟姉妹  祖父母  孫

\* must provide value

! 血族結婚  
(両親同士がいとこ など)

あり  なし  不明  聴取せず

reset

\* must provide value

Form Status

Complete?

Incomplete ▼

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.

Save Record

Save and Continue

Save and go to Next Form

-- Cancel --

Delete Record

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

研究ID                      → → ご記載ください

合併症・既往症

耐糖能異常  
(境界型糖尿病以上)

あり  なし

reset

糖尿病

あり  なし

reset

病型

1型  2型  その他

reset

糖尿病性網膜症(福田分類)\_右目

- なし
- A1: 軽症単純網膜症
- A2: 重症単純網膜症
- A3: 軽症増殖停止網膜症
- A4: 重症増殖停止網膜症(陳旧性の硝子体出血)
- A5: 重症増殖停止網膜症(陳旧性の増殖組織)
- B1: 増殖前網膜症
- B2: 早期増殖網膜症
- B3: 中期増殖網膜症
- B4: 末期増殖網膜症(硝子体出血、網膜前出血)
- B5: 末期増殖網膜症(硝子体の増殖組織を伴う)

reset

合併症の有無\_右目

合併症あり  合併症なし

reset

合併症

- 黄班病変(M)
- 牽引性網膜剥離(D)
- 血管新生緑内障(G)
- 虚血性視神経症(N)
- 光凝固(P)
- 硝子体手術(V)

糖尿病性網膜症(福田分類)\_左目

- なし
- A1: 軽症単純網膜症
- A2: 重症単純網膜症
- A3: 軽症増殖停止網膜症
- A4: 重症増殖停止網膜症(陳旧性の硝子体出血)
- A5: 重症増殖停止網膜症(陳旧性の増殖組織)
- B1: 増殖前網膜症
- B2: 早期増殖網膜症
- B3: 中期増殖網膜症
- B4: 末期増殖網膜症(硝子体出血、網膜前出血)
- B5: 末期増殖網膜症(硝子体の増殖組織を伴う)

reset

<b>合併症の有無_左目</b> * must provide value	(H) <input checked="" type="radio"/> 合併症あり <input type="radio"/> 合併症なし	reset
<b>合併症</b> * must provide value	(H) <input type="checkbox"/> 黄斑病変 (M) <input type="checkbox"/> 牽引性網膜剥離 (D) <input type="checkbox"/> 血管新生緑内障 (G) <input type="checkbox"/> 虚血性視神経症 (N) <input type="checkbox"/> 光凝固 (P) <input type="checkbox"/> 硝子体手術 (V)	
<b>慢性腎臓病(CKD)</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>末梢動脈疾患(PAD)</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>高血圧</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>一過性脳虚血発作(TIA)</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>症状を伴う脳卒中(→非心原性脳梗塞、心原性脳梗塞、分類不能の脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳卒中)</b> * must provide value	(H) <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>脳梗塞</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>脳出血</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>冠動脈疾患</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>発症年齢</b> * must provide value	(H) <input type="text"/> 歳	
<b>治療</b> * must provide value	(H) <input type="checkbox"/> PCI後 <input type="checkbox"/> CABG後	
<b>大動脈弁狭窄症</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>大動脈弁上狭窄</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>解離性大動脈瘤</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>胸部大動脈瘤(解離性は除く)</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>胸部大動脈瘤_最大径(CTで測定)</b> * must provide value	(H) <input type="text"/> mm	
<b>腹部大動脈瘤(解離性は除く)</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset
<b>腹部大動脈瘤_最大径(CTで測定)</b> * must provide value	(H) <input type="text"/> mm	
<b>甲状腺機能低下症</b> * must provide value	(H) <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	reset

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

Event Name: Baseline ベースライン

研究ID  → ご記載ください

現在の投薬状況

！ 降圧薬

\* must provide value

あり  なし

reset

降圧薬種類

\* must provide value

利尿薬  β遮断薬  その他

複数選択可能

その他

！ 経口糖尿病薬

\* must provide value

あり  なし

reset

！ 糖尿病注射薬

(インスリン、GLP-1受容体作動薬)

\* must provide value

あり  なし

reset

糖尿病注射薬\_薬剤種類

\* must provide value

インスリン  GLP-1受容体作動薬

複数選択可能

！ 抗血小板薬・抗凝固薬

\* must provide value

あり  なし

reset

脂質異常症治療薬

！ スタチン系薬剤

\* must provide value

あり  なし

reset

スタチン系薬剤\_処方薬剤名(一般名)

- 
- グラバスタチンナトリウム
- シンバスタチン
- フルバスタチンナトリウム
- アトルバスタチンカルシウム水和物
- ピタバスタチンカルシウム
- ロスバスタチンカルシウム
- その他

スタチン系薬剤\_一日量

スタチン系薬剤\_投与開始時期

投与開始時期推定の場合チェック

推定

スタチン系薬剤\_その他

その他を選択した場合薬剤名を記入

スタチン系薬剤\_一日量

mg

スタチン系薬剤\_投与開始時期

Today Y-M-D

西暦 年 月 日

投与開始時期推定の場合チェック

推定



### スタチン以外の脂質異常症治療薬

\* must provide value

(H)  あり  なし

reset

スタチン以外の脂質異常症治療薬\_処方薬剤名(一般名)

(現在飲んでいるものすべて: 複数選択可能)

「脂質異常症治療ガイド2013」の19種類の中から選択

「その他」はPCRK9阻害薬など新規薬剤をお答えください

- \*1  コレスチラミン \*2  コレスチミド \*3  エゼチミブ
- \*4  プロブコール \*5  ベザフィブラート
- \*6  フェノフィブラート \*7  クロフィブラート
- \*8  クリノフィブラート
- \*9  トコフェロールニコチン酸エステル \*10  ニセリトロール
- \*11  ニコモール \*12  イコサペント酸エチル(EPA製剤)
- \*13  オメガ-3脂肪酸エチル \*14  ガンマオリザノール
- \*15  エラスターゼ \*16  パンテチン
- \*17  デキストラン酸エステルナトリウムイオウ18
- \*18  ポリエンホスファチジルコリン
- \*19  その他1 \*20  その他2

複数選択可能

**\*1** コレスチラミン\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

(H)   
mg

コレスチラミン\_投与開始時期

(H)    Today Y-M-D  
西暦 年 月 日

投与開始時期推定の場合チェック

(H)  推定

**\*2** コレスチミド\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

(H)   
mg

コレスチミド\_投与開始時期

(H)    Today Y-M-D  
西暦 年 月 日

投与開始時期推定の場合チェック

(H)  推定

**\*3** エゼチミブ\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

(H)   
mg

エゼチミブ\_投与開始時期

(H)    Today Y-M-D  
西暦 年 月 日

投与開始時期推定の場合チェック

(H)  推定

**\*4** プロブコール\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

(H)   
mg

プロブコール\_投与開始時期

(H)    Today Y-M-D  
西暦 年 月 日

投与開始時期推定の場合チェック

(H)  推定

**\*5** ベザフィブラート\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

(H)   
mg

ベザフィブラート\_投与開始時期

(H)    Today Y-M-D  
西暦 年 月 日

投与開始時期推定の場合チェック

(H)  推定

**\*6** フェノフィブラート\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

(H)   
mg

フェノフィブラート\_投与開始時期

(H)    Today Y-M-D  
西暦 年 月 日

投与開始時期推定の場合チェック

(H)  推定

*7	クロフィブрат_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	クロフィブрат_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	
*8	クリノフィブрат_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	クリノフィブрат_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	
*9	トコフェロールニコチン酸エステル_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	トコフェロールニコチン酸エステル_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	
*10	ニセトロール_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	ニセトロール_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	
*11	ニコモール_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	ニコモール_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	
*12	イコサペント酸エチル(EPA製剤)_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	イコサペント酸エチル(EPA製剤)_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	
*13	オメガ-3脂肪酸エチル_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	オメガ-3脂肪酸エチル_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	
*14	ガンマオリザノール_一日量 一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません	(H) <input type="text"/>	mg
	ガンマオリザノール_投与開始時期	(H) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today Y-M-D 西暦 年 月 日	
	投与開始時期推定の場合チェック	(H) <input type="checkbox"/> 推定	

**\*15** エラスターゼ\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

mg

エラスターゼ\_投与開始時期

西暦 年 月 日 Today Y-M-D

投与開始時期推定の場合チェック  推定

**\*16** パンテチン\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

mg

パンテチン\_投与開始時期

西暦 年 月 日 Today Y-M-D

投与開始時期推定の場合チェック  推定

**\*17** デキストラン硫酸エステルナトリウムイオウ18\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

mg

デキストラン硫酸エステルナトリウムイオウ18\_投与開始時期

西暦 年 月 日 Today Y-M-D

投与開始時期推定の場合チェック  推定

**\*18** ポリエンホスファチジルコリン\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

mg

ポリエンホスファチジルコリン\_投与開始時期

西暦 年 月 日 Today Y-M-D

投与開始時期推定の場合チェック  推定

**\*19** その他1を選択した場合:薬剤名

その他1\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

mg

その他1\_投与開始時期

西暦 年 月 日 Today Y-M-D

投与開始時期推定の場合チェック  推定

**\*20** その他2を選択した場合:薬剤名

その他2\_一日量  
一回ではなく、一日量です。単位はmg、錠剤数ではありません

mg

その他2\_投与開始時期

西暦 年 月 日 Today Y-M-D

投与開始時期推定の場合チェック  推定

**!** LDLアフェシス

\* must provide value

あり  なし  reset

LDLアフェシス\_開始時期

西暦 年 月 日 Today Y-M-D

開始時期推定の場合チェック  推定

LDLアフェシス\_施行頻度(回/月)

回/月

Form Status

Complete?  Incomplete ▼

Lock this record for this form?

Lock

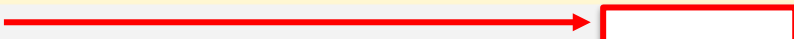
If locked, no user will be able to edit this record on this form until someone with Lock/Unlock privileges unlocks it.

！ ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID

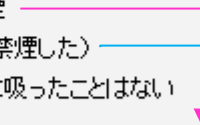
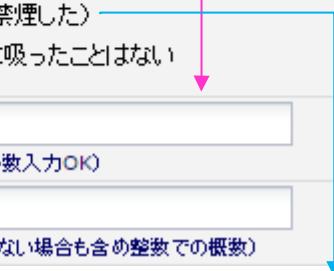
Event Name: Baseline ベースライン

！ 研究ID  ご記載ください

### 生活習慣

#### ！ 喫煙

\* must provide value

- 現在喫煙 
- やめた(禁煙した) 
- 習慣的に吸ったことはない
- reset

一日に吸う本数

\* must provide value

本 (2.5など小数入力OK)

喫煙習慣継続年数

\* must provide value

年 (はっきりしない場合も含め整数での概数)

禁煙年齢

一日に吸っていた本数

\* must provide value

本

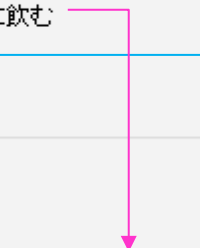
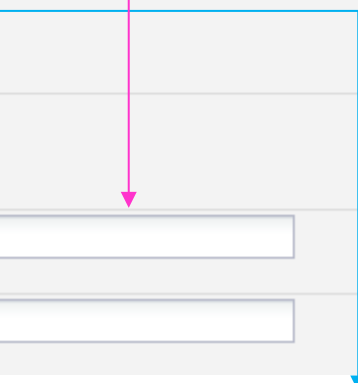
喫煙継続年数

年間

### 飲酒習慣

#### ！ 飲酒

\* must provide value

- 日常的に飲む 
- やめた 
- 飲まない
- reset

アルコール摂取量PDF

Attachment:  アルコール摂取量\_患者回答用.pdf (0.17 MB)

一週間にお酒を飲む日数

\* must provide value

日

飲酒を始めた年齢

\* must provide value

歳ごろから

禁酒年齢

\* must provide value

歳ごろから

飲酒継続年数

\* must provide value

年間

## 運動習慣

一週間の運動日数 (日)

(H)

日

運動を行う日の平均運動時間 (分)

(H)

分

(分で入力: 1時間運動なら60分と入力)

運動の継続年数 (年)

(H)

年

## 栄養指導(食事指導)について

栄養指導(食事指導)

(H)

- 行っている  
 行っていない

reset

栄養指導(食事指導)を行っている場合

(H)

- 医師による指導を行った  
 栄養士・管理栄養士による指導を行った  
 保健師・看護師による指導を行った  
 上記以外による指導を行った

複数選択可能

## Form Status

Complete?

(H)

Incomplete ▼

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.

Save Record

Save and Continue

Save and go to Next Form

-- Cancel --

Delete Record

! ついている項目は、全ての方がご回答ください

Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing 研究ID ...

Event Name: Baseline ベースライン

! 研究ID  → ご記載ください

### 診断的検査

! FH遺伝子変異

	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 検査せず(測定不能を含む)	reset
LDL-R	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 検査せず(測定不能を含む)	reset
PCSK9	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 検査せず(測定不能を含む)	reset
ARH	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 検査せず(測定不能を含む)	reset
その他	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 検査せず(測定不能を含む)	reset

その他ありの場合記入

! Apo E 遺伝型検査

	<input type="radio"/> 検査あり	<input type="radio"/> 検査せず(測定不能を含む)	reset
Apo E 遺伝型片側アリル1 (E / E )	*1	<input type="text"/>	
Apo E 遺伝型片側アリル2 (E / E )	*2	<input type="text"/>	

! Apo E 表現型検査

	<input type="radio"/> 検査あり	<input type="radio"/> 検査せず(測定不能を含む)	reset
Apo E 表現型1 (E / E )	*3	<input type="text"/>	
Apo E 表現型2 (E / E )	*4	<input type="text"/>	

ベースラインの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

**\*1 Apo E 遺伝型 片側アリル1 (ε / ε )**

(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			

検査せず(測定不能を含む) reset

**\*2 Apo E 遺伝型 片側アリル2 (ε / ε )**

(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			

検査せず(測定不能を含む) reset

なし  検査せず(測定不能を含む)

**\*3 Apo E 表現型1 (E / E )**

(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			

なし  検査せず(測定不能を含む) reset

なし  検査せず(測定不能を含む) reset

なし  検査せず(測定不能を含む)

**\*4 Apo E 表現型2 (E / E )**

(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			
(H)			

なし  検査せず(測定不能を含む) reset

なし  検査せず(測定不能を含む) reset

なし  検査せず(測定不能を含む) reset