

# 登録項目素案（イメージ）＜脳梗塞＞

資料3-2

※今後、学会等有識者と議論を行い、変更の可能性がある。

※個人情報等を考慮し、実行可能性については別途検討を行う。

※NDB、介護DB、DPC等で収集できる項目については省略の可能性ある。

基本項目	①病院等の名称/受診地	
	②ID	
	③性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	④生年月日	( )年( )月( )日
	⑤被保険者番号	
	⑥入院日(入院中発症の場合は院内発症日)	( )年( )月( )日
	⑦居住地(郵便番号)	□□□-□□□□
	⑧右記循環器病の既往	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 大動脈解離 <input type="checkbox"/> 心不全(急性・慢性) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血
	⑨最終未発症確認日時もしくは発症日時	( )年( )月( )日( )時( )分 <input type="checkbox"/> 推測
	⑩受診方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 直接受診 <input type="checkbox"/> 院内発症 <input type="checkbox"/> 他院からの転院
	⑪救急車利用の場合、現発日時	( )年( )月( )日( )時( )分 <input type="checkbox"/> 推測
受診日時	( )年( )月( )日( )時( )分 <input type="checkbox"/> 推測	
重症度等に係る項目	⑫病型	<input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> その他の脳梗塞(原因不明、複数の原因、その他の原因)
	⑬入院時NIHSS	( )点
来院時の危険因子に係る項目	⑭HbA1C	( )% <input type="checkbox"/> 不明
	⑮LDLコレステロール	( )mg/dl <input type="checkbox"/> 不明
	⑯喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 過去に喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙しない <input type="checkbox"/> 不明
検査・治療内容等	⑰心房細動の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	⑱責任血管病巣	<input type="checkbox"/> 内頸動脈系 <input type="checkbox"/> 椎骨脳底動脈系 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し
	⑲主幹動脈の閉塞・狭窄	<input type="checkbox"/> 総頸動脈 <input type="checkbox"/> 内頸動脈 <input type="checkbox"/> 前大脳動脈 <input type="checkbox"/> 中大脳動脈 <input type="checkbox"/> 椎骨動脈 <input type="checkbox"/> 脳底動脈 <input type="checkbox"/> 後大脳動脈 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し
	有りの場合、経過中の再開通の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	⑳rt-PA 静注療法実施の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	有りの場合、実施した施設名	
	有りの場合、投与開始した日時	( )年( )月( )日( )時( )分
	㉑急性期機械的血栓回収療法実施の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	有りの場合、実施した施設名	
	㉒外科治療実施	<input type="checkbox"/> 減圧開頭術 <input type="checkbox"/> 頸動脈内膜剥離術 <input type="checkbox"/> 頸動脈ステント留置術 <input type="checkbox"/> 頭蓋内動脈ステント留置術 <input type="checkbox"/> STA-MCAバイパス術 <input type="checkbox"/> その他
㉓急性期リハビリテーション開始日	( )年( )月( )日	
退院時情報等	㉔退院日	( )年( )月( )日
	㉕mRS (退院時)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
	(入院(発症)前)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
	㉖退院転帰	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 転院(急性期) <input type="checkbox"/> 転院(回復期) <input type="checkbox"/> 転院(その他) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 死亡退院 <input type="checkbox"/> その他
	入院(発症)前の生活	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> その他
	㉗介護保険利用の有無(退院時)	<input type="checkbox"/> 有り(□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 要介護4 要介護5) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中
	(入院前)	<input type="checkbox"/> 有り(□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 要介護4 要介護5) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中
㉘処方薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬(□ビタミンK拮抗薬 □非ビタミンK拮抗経口抗凝固薬 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> HMG-CoA阻害薬 <input type="checkbox"/> その他( )	

## 登録項目素案（イメージ）＜急性心筋梗塞＞

※今後、学会等有識者と議論を行い、変更の可能性がある。

※個人情報等を考慮し、実行可能性については別途検討を行う。

※NDB、介護DB、DPC等で収集できる項目については省略の可能性がある。

基本項目	①病院等の名称/受診地	
	②ID	
	③性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	④生年月日	( )年( )月( )日
	⑤被保険者番号	
	⑥入院日（入院中発症の場合は院内発症日）	( )年( )月( )日
	⑦居住地（郵便番号）	□□□-□□□□
	⑧右記循環器病の既往	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 大動脈解離 <input type="checkbox"/> 心不全(急性・慢性) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血
	⑨受診方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 直接受診 <input type="checkbox"/> 院内発症 <input type="checkbox"/> 他院からの転院
	⑩救急車利用の場合、現発日時	( )年( )月( )日( )時( )分 <input type="checkbox"/> 推測
	受診日時	( )年( )月( )日( )時( )分 <input type="checkbox"/> 推測
	⑪来院時（初回）血圧	( )/( )mmHg <input type="checkbox"/> 測定不能
⑫来院時（初回）心拍数	( )/min <input type="checkbox"/> 測定不能	
重症度等に係る項目	⑬分類	<input type="checkbox"/> ST上昇型 <input type="checkbox"/> 非ST上昇型
	⑭Killip分類	<input type="checkbox"/> Ⅰ度 <input type="checkbox"/> Ⅱ度 <input type="checkbox"/> Ⅲ度 <input type="checkbox"/> Ⅳ度
	⑮梗塞部位	<input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 中隔 <input type="checkbox"/> 下壁 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 右室 <input type="checkbox"/> 不明
	⑯心筋逸脱酵素の最大値	CK ( )IU/L CK-MB ( )IU/L <input type="checkbox"/> 不明
来院時の冠危険因子に係る項目	⑰HbA1C	( )% <input type="checkbox"/> 不明
	⑱LDLコレステロール	( )mg/dl <input type="checkbox"/> 不明
	⑲喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 過去に喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙しない <input type="checkbox"/> 不明
検査・治療内容等	⑳心電図（不整脈の有無）	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	有りの場合 不整脈の種類	<input type="checkbox"/> 心房粗細動 <input type="checkbox"/> 心室性不整脈 <input type="checkbox"/> その他
	㉑心エコー図（左室駆出率）	( )% <input type="checkbox"/> 不明
	㉒急性期冠動脈造影の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	有りの場合 推定梗塞責任血管	<input type="checkbox"/> 右冠動脈 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 <input type="checkbox"/> 左回旋枝 <input type="checkbox"/> graft <input type="checkbox"/> 不明
	㉓再灌流療法の有無	<input type="checkbox"/> 有り（ <input type="checkbox"/> 血栓溶解療法 <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> CABG） <input type="checkbox"/> 無し
	PCIの場合 病院到着から再灌流までの時間	( )年( )月( )日( )時( )分 <input type="checkbox"/> 推測
PCIの場合 ステント留置の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
㉔心臓リハビリテーション実施の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
退院時情報等	㉕退院日	( )年( )月( )日
	㉖退院転帰	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 転院(急性期) <input type="checkbox"/> 転院(回復期) <input type="checkbox"/> 転院(その他) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 死亡退院 <input type="checkbox"/> その他
	入院（発症）前の生活	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> その他
	㉗介護保険利用の有無(退院時)	<input type="checkbox"/> 有り(要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中
	(入院前)	<input type="checkbox"/> 有り(要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中
㉘処方薬	<input type="checkbox"/> ACE阻害薬/ARB <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> HMG-CoA阻害薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )	