心筋炎調査票

参考資料９

※　本調査票は「心筋炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心膜炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心膜炎」調査票にご記入ください。

「心筋炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	□ 実施　検査日（　　年　　月　　日）　□ 未実施　□ 不明 検査の種類　□ 剖検　□ 心内膜心筋生検 心筋組織の炎症所見　□ あり　□ なし ※所見がある場合は詳細を記載。 （　　）
2. 臨床症状/所見	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 下記の臨床症状/所見の有無　□ あり　□ なし □ 急性発症の胸痛又は胸部圧迫感　（　　年　　月　　日） □ 労作時、安静時、又は臥位での息切れ　（　　年　　月　　日） □ 動悸　（　　年　　月　　日）　□ 発汗　（　　年　　月　　日） □ 突然死　（　　年　　月　　日）　□ めまい / 失神　（　　年　　月　　日） □ 倦怠感　（　　年　　月　　日）　□ 浮腫　（　　年　　月　　日） □ 腹痛　（　　年　　月　　日） □ 咳嗽　（　　年　　月　　日） □ その他　（　　年　　月　　日） （　　） ※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 □ 易刺激性　（　　年　　月　　日）　□ 嘔吐　（　　年　　月　　日） □ 哺乳不良/食欲低下　（　　年　　月　　日）　□ 多呼吸　（　　年　　月　　日） □ 活気不良　（　　年　　月　　日） ※発症日（上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。）　（　　年　　月　　日）
3. 検査所見	血液検査 トロポニンT　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　ng/mL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 トロポニンI　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　ng/mL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 CK　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　U/L）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 CK-MB　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　U/L）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 CRP　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　mg/dL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 高感度CRP　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　mg/dL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 ESR（1時間値）　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　mm）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 D-ダイマー　検査日　（　　年　　月　　日） □ 上昇あり　（　　μg/mL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 その他の特記すべき検査　□ あり　□ なし 検査日　（　　年　　月　　日） （　　）

4. 画像検査	**心臓MRI検査** ☐ 実施　検査日（　　年　　月　　日）　☐ 未実施　☐ 不明 ☐ 造影あり　☐ 造影なし 異常所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ☐ （心筋の浮腫）T2強調像における浮腫所見。典型的には斑状の浮腫。 ☐ （心筋の損傷）T1強調像におけるガドリニウム遅延造影像。ただし、心筋の信号強度が骨格筋よりも高く、典型的には少なくとも1カ所の非虚血領域において遅延造影像を認める。 ☐ その他 〔　　〕
	直近の冠動脈検査 ☐ 実施　☐ 未実施　☐ 不明 検査方法　☐ 血管造影検査　検査日（　　年　　月　　日） ☐ 冠動脈CT検査　検査日（　　年　　月　　日） ☐ 冠動脈MRI検査　検査日（　　年　　月　　日） ☐ その他（　　）検査日（　　年　　月　　日） 冠動脈狭窄　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。 〔　　〕
	心臓超音波検査 ☐ 実施　検査日（　　年　　月　　日）　☐ 未実施　☐ 不明 異常所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし 左室駆出率　（　　）% ※新規に出現した下記の所見があれば、チェックを入れてください。 ☐ 右室又は左室の、局所又はびまん性の機能異常（例：駆出率低下）　☐ 心室壁厚の変化 ☐ 局所の壁運動異常　☐ 心嚢液貯留 ☐ 心室全体の収縮能又は拡張能の、低下又は異常　☐ 心腔内血栓 ☐ 心室の拡大 ※新規に出現した所見であるか不明の場合についてはその他に記載してください。 ☐ その他 〔　　〕
	その他の画像検査 ☐ 実施　検査日（　　年　　月　　日）　☐ 未実施 検査方法　（　　） 異常所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ※詳細な部位と所見を記載してください。（心臓超音波検査を複数回実施した場合は下記に所見を記載。） 〔　　〕
5. 心電図検査	**心電図検査** ☐ 実施　検査日（　　年　　月　　日）　☐ 未実施　☐ 不明 異常所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。 ☐ 発作性又は持続性の、心房性又は心室性不整脈 （心房期外収縮、心室期外収縮、上室性頻脈、心室性頻脈、心室内伝導遅延、異常Q波、低電位） ☐ 房室伝導遅延又は心室内伝導障害（Ⅰ～Ⅲ度房室ブロック、新規に出現した脚ブロック） ☐ 持続モニターで検出された頻回に出現する心房性期外収縮又は心室性期外収縮 ☐ ST上昇又は陰性T波　☐ 心房期外収縮、又は心室期外収縮 ☐ R波減高、低電位、異常Q波 ☐ その他の異常所見 〔　　〕
6. 鑑別診断	該当項目を選択 ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定されている ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定できない ☐ 不明

心膜炎調査票

※　本調査票は「心膜炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心筋炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心筋炎」調査票にご記入ください。

「心膜炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	□ 実施　検査日（　年　月　日）　□ 未実施　□ 不明 検査の種類　□ 剖検　□ 心膜生検 心膜組織の炎症所見　□ あり　□ なし ※所見がある場合は詳細を記載。 〔　〕
2. 臨床症状/所見	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 **心嚢液貯留を疑う身体診察所見**　□ あり　□ なし □ 心膜摩擦音（　年　月　日）　□ 奇脈（　年　月　日） □ 心音減弱（乳幼児/小児）（　年　月　日） □ その他（　年　月　日） 〔　〕 **下記の臨床症状/所見の有無**　□ あり　□ なし □ 急性の胸痛又は胸部圧迫感（　年　月　日） □ 労作時、安静時、又は臥位での息切れ（　年　月　日） □ 動悸（　年　月　日）　□ 発汗（　年　月　日） □ 突然死（　年　月　日）　□ 咳嗽（　年　月　日） □ 脱力感（　年　月　日）　□ 肩痛 / 上背部痛（　年　月　日） □ 嘔気 / 嘔吐 / 下痢（　年　月　日）　□ チアノーゼ（　年　月　日） □ 精神状態の変化（　年　月　日）　□ 倦怠感（　年　月　日） □ 浮腫（　年　月　日）　□ 間欠的な発熱（　年　月　日） □ その他（　年　月　日） 〔　〕 ※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 □ 易刺激性（　年　月　日）　□ 多呼吸（　年　月　日） □ 哺乳不良/食欲低下（　年　月　日）　□ 活気不良（　年　月　日） ※発症日（上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。）（　年　月　日）
3. 検査所見	**血液検査** トロポニンT　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　ng/mL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 トロポニンI　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　ng/mL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 CK　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　U/L）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 CK-MB　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　U/L）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 CRP　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　mg/dL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 高感度CRP　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　mg/dL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 ESR（1時間値）　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　mm）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 D-ダイマー　検査日（　年　月　日） □ 上昇あり（　μg/mL）　□ 上昇なし　□ 未実施　□ 検査中 その他の特記すべき検査　□ あり　□ なし 検査日（　年　月　日） （　）

4. 画像検査	**心臓超音波検査** ☐ 実施　検査日（　年　月　日）　☐ 未実施　☐ 不明 異常な心嚢液貯留　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし 心膜の炎症所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ☐ その他 〔　〕
	心臓MRI検査 ☐ 実施　検査日（　年　月　日）　☐ 未実施　☐ 不明 ☐ 造影あり　☐ 造影なし 異常な心嚢液貯留　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし 心膜の炎症所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ☐ その他 〔　〕
	胸部CT検査 ☐ 実施　検査日（　年　月　日）　☐ 未実施　☐ 不明 ☐ 造影あり　☐ 造影なし 異常な心嚢液貯留　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし 心膜の炎症所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ☐ その他 〔　〕
	直近の冠動脈検査 ☐ 実施　☐ 未実施　☐ 不明 検査方法　☐ 血管造影検査　検査日（　年　月　日） ☐ 冠動脈CT検査　検査日（　年　月　日） ☐ 冠動脈MRI検査　検査日（　年　月　日） ☐ その他（　）検査日（　年　月　日） 冠動脈狭窄　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。 〔　〕
	胸部X線検査 ☐ 実施　検査日（　年　月　日）　☐ 未実施　☐ 不明 心拡大の所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ☐ その他 〔　〕
	その他の画像検査 ☐ 実施　検査日（　年　月　日）　☐ 未実施 検査方法（　） 異常所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ※詳細な部位と所見を記載（心臓超音波検査を複数回実施した場合はここに2回目の所見を記載）。 〔　〕
5. 心電図検査	**心電図検査** ☐ 実施　検査日（　年　月　日）　☐ 未実施　☐ 不明 異常所見　☐ あり　☐ 疑う　☐ なし ※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。 ☐ 広範な誘導における上に凹型のST上昇 ☐ aVR誘導におけるST低下 ☐ ST変化の対側性変化（ST低下）を認めない誘導全般におけるPR低下 ☐ 上記以外の非特異的な異常所見 ※詳細な部位と所見を記載。 〔　〕
6. 鑑別診断	該当項目を選択 ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定されている（例：心筋梗塞、肺塞栓症、縦隔炎） ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定できない ☐ 不明