

循環器疾患発症登録について

福 島 県

公立大学法人福島県立医科大学健康増進センター

循環器疾患発症登録の目的・内容等

循環器疾患等発症登録	
目 的	急性心筋梗塞及び脳卒中発症者の実態を登録・分析し、当該疾病の効果的な予防対策に活かし、県民の健康の保持増進を図る。
対 象	急性心筋梗塞及び脳卒中の発症者
対象範囲	全県
内 容	①当該疾病を発症した患者の発症状況を登録 ②FDB（福島県版データベース）の健診・医療・介護情報と紐付けし、健康な状態から、当該疾患を発症するまで及び発症後の診療状況等を調査 ③効果的な予防対策の検討・実施 ・生活習慣 ・健診の状況 ・受療行動 等

循環器疾患発症登録の実施体制(案)



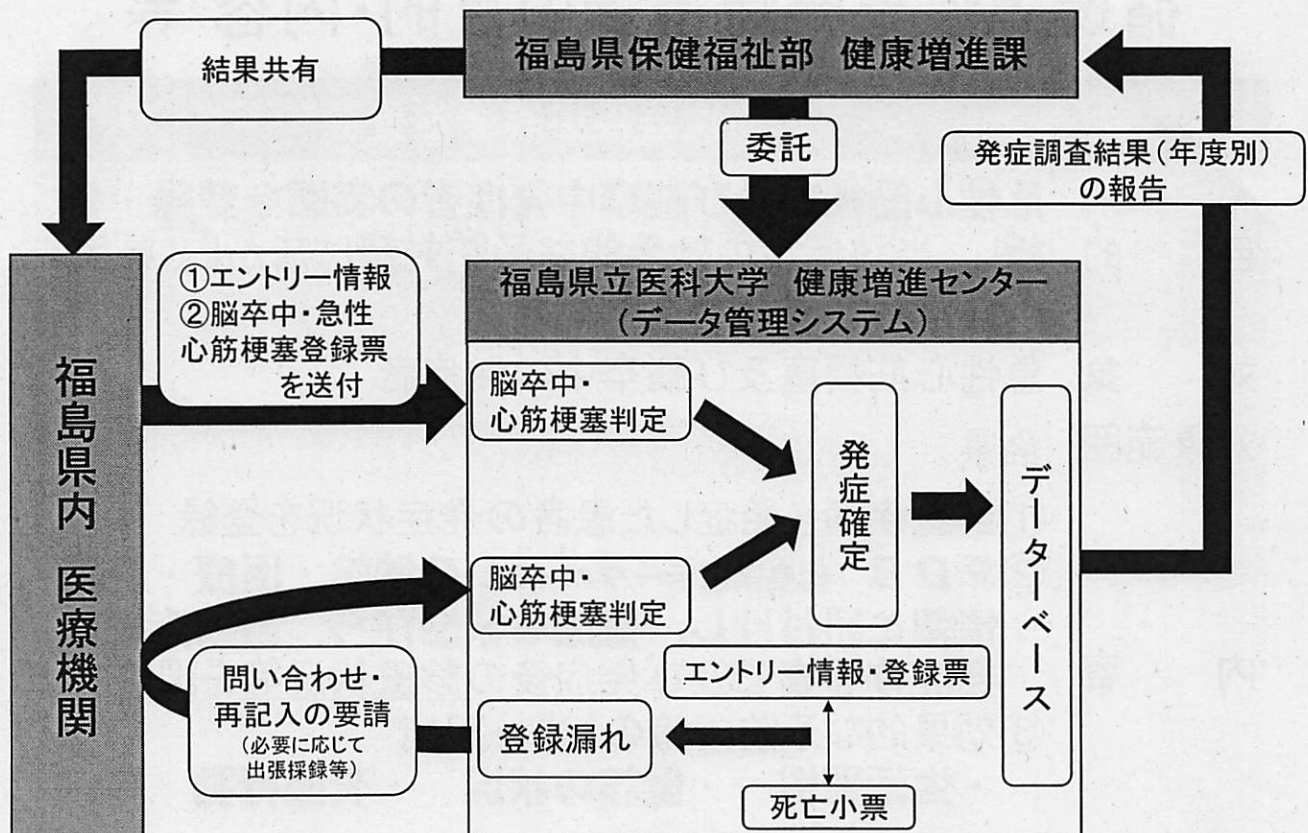
(報告)
・調査内容
・調査結果

・登録内容
・登録方法
・発症予防対策

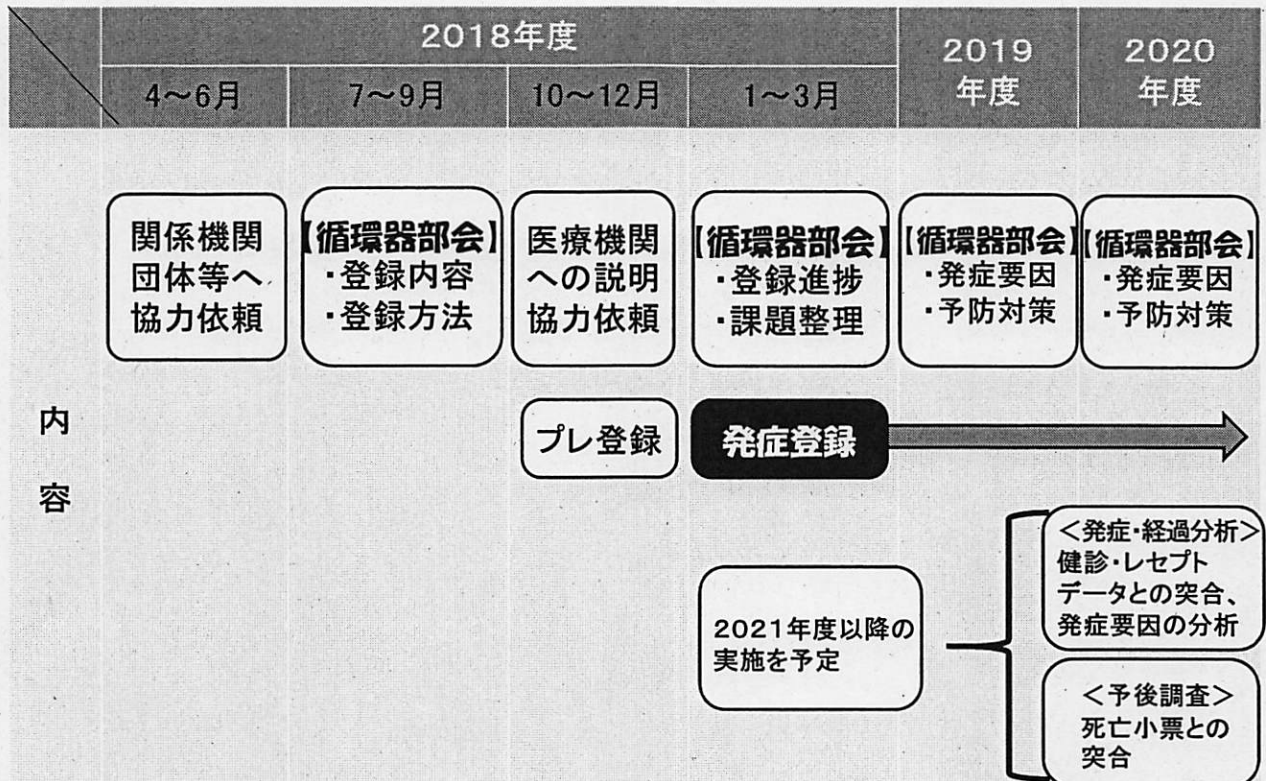
急性心筋梗塞調査事業	
実施主体	福島県(地域医療課)
調査委託	福島県立医科大学
検討体制	調査検討会で調査内容の検討及び調査結果の評価

循環器疾患発症登録	
実施主体	福島県(健康増進課)
委託先	福島県立医科大学 健康増進センター

(仮称)急性心筋梗塞死因調査検討会
(循環器、救急、法医、公衆衛生など)



循環器疾患発症登録スケジュール(案)



福島県循環器疾患発症登録事業における 実務の流れ

※急性死登録について

定義：罹病期間24時間程度以内（約1日は採用する）である内因性死亡（主に急性心臓死、急性心停止、急性心筋梗塞、心不全、VT、VF等が疑われる場合）を登録。

目的：急性死・突然死に含まれる急性心筋梗塞死を拾い上げるための登録であり、発症登録の悉皆性の向上を目指す。

- 発症時間不詳でも死亡前24時間程度以内の生存が確認できていれば登録の対象。

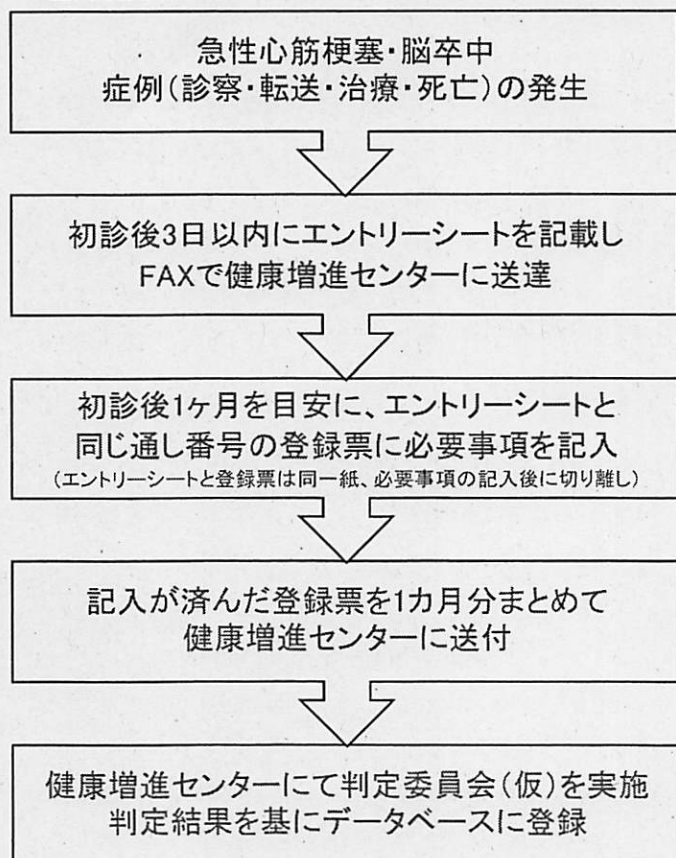
- 生存確認が24時間程度よりも前の場合、あるいは死亡から24時間程度以上が経過していると推定される場合は登録の対象外。

- 発症から24時間程度以内に死亡が確認された急性心筋梗塞または脳卒中発症登録のエントリー症例では、急性死登録は不要（脳卒中・急性心筋梗塞発症登録にエントリーする）。

登録種別	急性心筋梗塞 発症登録	脳卒中 発症登録	急性死 登録
対象医療機関	カテーテル治療（PCI）実施医療機関	PCIは行わないが急性心筋梗塞患者を診察する可能性のある医療機関	脳卒中患者を診察する可能性のある医療機関
登録の流れ	初診後3日以内にエントリーシートに必要事項を記載し健康増進センターにFAX	初診後3日以内にエントリーシートに必要事項を記載し健康増進センターにFAX（転院のみの患者含む）	初診後3日以内にエントリーシートに必要事項を記載し健康増進センターにFAX（転院のみの患者含む）
	初診後1ヶ月を目安に登録票に必要事項記載し健康増進センターに送付	初診後1ヶ月を目安に登録票に必要事項記載し健康増進センターに送付	初診後1ヶ月を目安に登録票に必要事項記載し健康増進センターに送付
	健康増進センターにて判定・登録	健康増進センターにて判定・登録	健康増進センターにて判定・登録
想定最大件数	年間1200件程度の登録を想定（PCI実施に基づく確定診断症例登録を想定）	年間2000件程度の登録を想定（PCI実施医療機関との重複登録が主と推定）	年間6000件程度の登録を想定（転送前後の重複登録も一定数あると推定）

急性内因性死亡を診た場合に3日以内に登録票に必要事項記載し健康増進センターに送付

医療施設から健康増進センターへの 急性心筋梗塞・脳卒中発症者の登録の流れ



- エントリーシートと登録票には同じ通し番号が印刷される。
- 同じ通し番号を印刷したエントリーシートと登録票を合本（ミシン目入り）として各施設に事前に送付。
- 登録症例の初診後、3日以内にエントリーシートに来院時間、医療機関名、担当医師名を記入し、同時に合本となっている登録票にも最低限の項目を記入する（来院時間はエントリーシートと同じ時間を記入する。後に誰の登録票か特定できるように、ミシン目で切り離す前に患者IDの記入を推奨）。
- 上記記入後、ミシン目で切り離してエントリーシートのみ健康増進センターにFAXで送付。
- 症例の転帰に関わらず、初診から1ヶ月を目安に登録票に必要事項を記入し、1か月分をまとめ、月末に事前配布のレターパック（予定）にて健康増進センターに郵送。
- 転院元と転院先施設で調査票の重複登録が生じる可能性があるが、登録の時点では重なりを容認し、データベース登録の時点で重なりを排除する。
- 登録施設と健康増進センターで相互に連絡可能な体制を準備しておく。また、登録票の内容確認や追加情報を交換する必要が生じた際には、適宜登録病院への問い合わせや出張訪問を行う体制を整えておく。
- エントリーシートには個人情報には記載されない。



FAX 024-0000-0000

福島県 急性心筋梗塞 発症登録調査 エントリー情報

※初診日から3日以内に、健康増進センターへFAXにて本エントリー情報をお送りください。

エントリー番号

(事務局で記載)

個人番号

(事務局で記載)

【急性心筋梗塞(AMI)発症登録の定義】

- ①発症後72時間(3日)以内のAMIで、PCIを施行していないものも含めます。
- ②来院直後の死亡例では、ECGの有無やCPK等の上昇は必ずしも必要ありません。

【注意点】

- ①貴医療機関でのPCIの実施の有無は問いません。
- ②転送のみの症例も登録をお願いします。

【除外基準】

- ①CPK又は、CK-MBの値が正常の2倍未満で、不安定狭心症と考えられるもの
- ②待機的PCI、CABG等の処置に伴う心筋梗塞

以下、ご記載ください。⇒急性心筋梗塞発症登録票へも同じ内容をご記載ください。

※来院日時は、(救急車又は登録対象者が)病院へ到着した時間をご記載ください。

ただし入院中発症の場合は、急性心筋梗塞と診断した医師が、発症後に初めて患者を診察開始した時間とします。

来院日時

____年
(西暦)

____月

____日

____時
(24時間制)

____分

医療機関名

ご担当医師名

ご記入者名

連絡先

☆本用紙に記載あるエントリー番号と同じ番号の急性心筋梗塞発症登録票に詳細をご記載ください。

(事務局記載)

受取年月日

受取者名

秘

福島県急性心筋梗塞発症登録票

PCI実施医療機関用(詳細版)

0 エントリー番号 (事務局で記載)		個人番号 (事務局で記載)		
※時間は明確に特定できないものなるべく推定して記入してください。特に、来院日時(1)、カテ開始時間(11)は必ず記入してください。				
※年:西暦、時間:24時間制 で記入をお願いします。		登録票記入年月日	年 月 日	
1 登録先詳細・患者基本情報	来院日時	年 月 日 時 分 (エントリー情報と同じ内容を記載)		
	カルテID	被保険者番号 (記号番号)		
	医療機関名	担当医師名		
	記入者 (職種・名)	記入者の連絡先 TEL: E-MAIL:		
	氏名(かな)	性別	□男 □女	生年月日 年 月 日
	氏名(漢字)	身長	cm	体重 kg
	現住所	都道府県 市町村		
	震災による避難の有無	□なし □あり ⇒旧住所() □不明		
2 既往歴	狭心症	□なし □あり ⇒発症日(年 月 日)		
	心筋梗塞	□なし □あり 部位: □前壁 □側壁 □下壁 □その他() 時期: □初発の時期(年 月 日) □時期不明		
	不整脈	□なし □あり ⇒(判ればその診断名:) □不明		
	その他の器質的心疾患	□なし □あり ⇒(判ればその診断名:) □不明		
	PCI歴	□なし □あり ⇒部位: □LAD □RCA □LCX □LMT 計____回 最終(年 月 日)		
3 冠危険因子	高血圧	□なし □あり □不明	糖尿病 □なし □あり □不明	
	喫煙	□なし □あり □不明	家族歴 □なし □あり □不明	
※治療歴があるか薬物治療を要するもののみとします				
4 症状発現日	年 月 日 時 分 ⇒入院中発症の場合は、し点もお願いします。[□入院中発症]			
5 搬送状況	□直接 □紹介	救急車の利用 □なし □あり □不明	ヘリコプタの利用 □なし □あり	
6 退院日	□退院(他科転科を含む) ⇒(年 月 日) □入院中(急性心筋梗塞の治療中) コメント欄()			
7 症状	□胸痛 (20分以上続く入院を要するような胸痛) (7-A) □非典型的胸痛 (7-B) □不明 ※7-A、7-Bともに該当しない場合は選択 併存症の有無: □急性左心不全 □ショック □失神 □呼吸困難 □嘔気 □嘔吐 □心窩部痛 □その他()			
8 心電図変化の有無	□最低2枚以上の心電図から:異常Q波(ミネソタコード:111~128)の出現、又は 1日以上続くST-T変化の経時的変化がある (8-A) □その他 ※8-Aに該当せず、以下5項目の所見がある(複数選択可)。 (8-B) □ST-T変化が24時間以内に消失、又は1枚の心電図しかない □ST-T変化が固定している □冠性T波がある □脚ブロックにQ波が加わる □1枚の心電図のみで異常Q波がある			
	□不明 ※8-A、8-Bともに該当しない場合は選択			
9 心筋逸脱酵素	□発症または72時間以内に正常値の2倍以上 (9-A) □その他 ※9-Aに該当せず、以下3項目の所見がある(1つ選択)。 □上昇はしているが2倍未満 □上昇はしているが肝機能障害、感染症、除細動、手術などによると考えられる □発症72時間以内に採血できなかった □不明 ※9-A、その他ともに該当しない場合は選択			
	CPK (最大値)	CK-MB (最大値)	心筋トロポニン T (最大値又は陽性の有無)	
		心筋トロポニン I (最大値又は陽性の有無)		

10	入院中合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心原性ショック <input type="checkbox"/> 難治性不整脈 <input type="checkbox"/> 心室瘤 <input type="checkbox"/> 心破裂 <input type="checkbox"/> その他:()					
11	心臓カテーテル検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 待機)		※心カテ施行日時の記入時は来院日時に間違いがないか確認してください			
	心カテ施行日	年	月	日	心カテ開始時間	時	分
	造影所見	責任病変 Seg		(%)			
	病変枝数	<input type="checkbox"/> 1枝 <input type="checkbox"/> 2枝 <input type="checkbox"/> 3枝 <input type="checkbox"/> LMT					
12	非責任病変 (AHA分類75%以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒部位+狭窄度 ()					
	LVEF	%	Killip	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Forrester	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	再灌流療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
13	施行日時	<input type="checkbox"/> 緊急カテ中 ⇒(年 月 日 時 分) <input type="checkbox"/> 緊急カテ時以外					
	治療方法	<input type="checkbox"/> 血栓溶解療法(静注・冠注) <input type="checkbox"/> STENT(<input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES) <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> POBA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> CABG <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Rota <input type="checkbox"/> その他 ()				成否	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功
	再灌流後の合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒合併症名 ()					
14	転帰・予後	<input type="checkbox"/> 生存 (生存確認日: 年 月 日:) <input type="checkbox"/> 転院 (転院日: 年 月 日) ⇒転院先 () <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡時間: 年 月 日 時 分) ⇒剖検: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	直接の死因	<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心破裂・中隔穿孔 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 術後死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	死亡主所見						
14	コメント欄 (自由記載)						

※以下、事務局担当記入欄

受取年月日		受取者名	
判定①			
心筋梗塞判定	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞: (8-A), (8-B)×(9-A)×(7-A 又は 7-B), (7-A)×(9-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(生存): (7-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(死亡): AMIが原因と考えられ、かつ(7-A 又は 7-B) 又は 虚血性心疾患の既往があり他の原因がない		
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞なし(他の要因で説明できる:除外): (7-A, 8-A, 9-Aなく、他の原因によって説明できる)		
<input type="checkbox"/> 判定不能			
判定日	年 月 日	①判定者名	
判定②			
心筋梗塞判定	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞: (8-A), (8-B)×(9-A)×(7-A 又は 7-B), (7-A)×(9-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(生存): (7-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(死亡): AMIが原因と考えられ、かつ(7-A 又は 7-B) 又は 虚血性心疾患の既往があり他の原因がない		
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞なし(他の要因で説明できる:除外): (7-A, 8-A, 9-Aなく、他の原因によって説明できる)		
<input type="checkbox"/> 判定不能			
判定日	年 月 日	②判定者名	

*WHO MONICA基準

※以下、事務局担当記入欄

受取年月日		受取者名	
判定①			
心筋梗塞判定*	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞: (8-A), (8-B)+(9-A)+(7-A 又は 7-B), (7-A)+(9-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(生存): (7-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(死亡): AMIが原因と考えられ、かつ(7-A 又は 7-B) 又は 虚血性心疾患の既往があり他の原因がない		
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞なし(他の要因で説明できる:除外): (7-A, 8-A, 9-Aなく、他の原因によって説明できる)		
	<input type="checkbox"/> 判定不能		
判定日	年 月 日	①判定者名	
判定②			
心筋梗塞判定*	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞: (8-A), (8-B)+(9-A)+(7-A 又は 7-B), (7-A)+(9-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(生存): (7-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(死亡): AMIが原因と考えられ、かつ(7-A 又は 7-B) 又は 虚血性心疾患の既往があり他の原因がない		
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞なし(他の要因で説明できる:除外): (7-A, 8-A, 9-Aなく、他の原因によって説明できる)		
	<input type="checkbox"/> 判定不能		
判定日	年 月 日	②判定者名	

*WHO MONICA基準



福島県急性心筋梗塞発症登録票

PCI未実施医療機関用
(簡易版)

0 エントリー番号 (事務局で記載)		個人番号 (事務局で記載)		
※年:西暦 時間:24時間制 で記入をお願いします		登録票記入年月日 年 月 日		
1 登録先詳細・患者基本情報	来院日時 年 月 日 時 分 (エントリー情報と同じ内容を記載)		被保険者番号 (記号番号)	
	カルテID		担当医師名	
	医療機関名		記入者の連絡先 TEL: E-MAIL:	
	記入者(職種・名)		生年月日 年 月 日	
	氏名(かな)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長 cm	体重 kg
	氏名(漢字)	身長 cm	体重 kg	
	現住所 都道府県 市町村			
	震災による避難の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒旧住所() <input type="checkbox"/> 不明			
2 既往	狭心症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	心筋梗塞 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [時期: <input type="checkbox"/> 初発の時期(年 月 日) <input type="checkbox"/> 時期不明] <input type="checkbox"/> 不明		
	不整脈 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒(判ればその診断名:) <input type="checkbox"/> 不明			
	その他の器質的心疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (判ればその診断名:) <input type="checkbox"/> 不明			
3 症状発現日	年 月 日 時 分 ⇒入院中発症の場合は、レ点もお願いします。[<input type="checkbox"/> 入院中発症]			
4 搬送状況	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 紹介	救急車の利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	ヘリコプタの利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5 入院日	<input type="checkbox"/> 入院なし <input type="checkbox"/> 入院あり ⇒入院日(年 月 日)			
6 転帰・予後	<input type="checkbox"/> 入院中(急性心筋梗塞の治療中)(年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 退院(他科転科含む)(年 月 日) <input type="checkbox"/> 転院・転送(年 月 日)⇒転院・転送先() <input type="checkbox"/> 死亡(死亡時間: 年 月 日 時 分) ⇒剖検(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明)			
7 症状	<input type="checkbox"/> 胸痛(20分以上続く入院を要するような胸痛)(7-A) <input type="checkbox"/> 非典型的胸痛(7-B) <input type="checkbox"/> 不明 ※7-A、7-Bともに該当しない場合は選択			
	併存症の有無: <input type="checkbox"/> 急性左心不全 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 心窩部痛 <input type="checkbox"/> その他()			
8 心電図変化の有無	<input type="checkbox"/> 最低2枚以上の心電図から:異常Q波(ミネソタコード:111~128)の出現、又は1日以上続くST-T変化の経時的変化がある(8-A) <input type="checkbox"/> その他 ※8-Aに該当せず、以下5項目の所見がある(複数選択可)。(8-B) <input type="checkbox"/> ST-T変化が24時間以内に消失、又は1枚の心電図しかない <input type="checkbox"/> ST-T変化が固定している <input type="checkbox"/> 冠性T波がある <input type="checkbox"/> 脚ブロックにQ波が加わる <input type="checkbox"/> 1枚の心電図のみで異常Q波がある <input type="checkbox"/> 不明 ※8-A、8-Bともに該当しない場合は選択			
	9 心筋逸脱酵素	<input type="checkbox"/> 発症または72時間以内に正常値の2倍以上 (9-A) <input type="checkbox"/> その他 ※9-Aに該当せず、以下3項目の所見がある(1つ選択)。 <input type="checkbox"/> 上昇はしているが2倍未満 <input type="checkbox"/> 上昇はしているが肝機能障害、感染症、除細動、手術などによると考えられる <input type="checkbox"/> 発症72時間以内に採血できなかった <input type="checkbox"/> 不明 ※9-A、その他ともに該当しない場合は選択		
CPK (最大値)		CK-MB (最大値)	心筋トロポニン T (最大値又は陽性の有無)	心筋トロポニン I (最大値又は陽性の有無)
10	コメント欄 (自由記載)			

FAX 024-0000-0000

福島県 急性心筋梗塞 発症登録調査 エントリー情報

※初診日から3日以内に、健康増進センターへFAXにて本エントリー情報をお送りください。

エントリー番号

(事務局で記載)

個人番号

(事務局で記載)

【急性心筋梗塞(AMI)発症登録の定義】

- ①発症後72時間(3日)以内のAMIで、PCIを施行していないものも含めます。
- ②来院直後の死亡例では、EGGの有無やCPK等の上昇は必ずしも必要ありません。

【注意点】

- ①貴医療機関でのPCIの実施の有無は問いません。
- ②転送のみの症例も登録をお願いします。

【除外基準】

- ①CPK又は、CK-MBの値が正常の2倍未満で、不安定狭心症と考えられるもの
- ②待機的PCI、CABG等の処置に伴う心筋梗塞

以下、ご記載ください。⇒急性心筋梗塞発症登録票へも同じ内容をご記載ください。

※来院日時は、(救急車又は登録対象者が)病院へ到着した時間をご記載ください。

ただし入院中発症の場合は、急性心筋梗塞と診断した医師が、発症後に初めて患者を診察開始した時間とします。

来院日時

____年
(西暦)

____月

____日

____時

____分

(24時間制)

医療機関名

ご担当医師名

ご記入者名

連絡先

☆本用紙に記載あるエントリー番号と同じ番号の急性心筋梗塞発症登録票に詳細をご記載ください。

(事務局記載)

受取年月日

受取者名

※以下、事務局記載

受取年月日		受取者名	
判定①			
脳卒中判定	1. 確実 2. 可能性 3. 除外		
診断(詳細)	1. 脳梗塞		
	2. 脳内出血		
	3. くも膜下出血		
	4. 分類不能の脳卒中		
判定日	年 月 日	①判定者名	
判定②			
脳卒中判定	1. 確実 2. 可能性 3. 除外		
診断(詳細)	1. 脳梗塞		
	2. 脳内出血		
	3. くも膜下出血		
	4. 分類不能の脳卒中		
判定日	年 月 日	②判定者名	

秘

福島県脳卒中発症登録票

0		エンリー番号 (事務局記載)	個人番号 (事務局記載)
※年: 西暦、時間: 24時間制で記載		登録票記載年月日:	年 月 日
1	来院日時	年 月 日 時 分 (エンリー情報と同じ内容を記載)	
	診療機関名	診療科: ご担当医師名	
	記入者(職種・名)	記入者の連絡先	TEL: E-MAIL:
	カルテ番号	被保険者番号 (記号番号)	
	氏名(かな) 氏名(漢字)	生年月日 (西暦)	年 月 日
住所		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
2	臨床診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 病型不明	
	発症時の症状	1. 下記症状の有無	<input type="checkbox"/> あり (①~⑪の症状のうち1つ以上あればチェック) <input type="checkbox"/> なし
		①片側性または両側性の運動障害(協調運動障害含む) ②片側性または両側性の感覚障害 ③失語/言語不明瞭 ④構音障害 ⑤同名半盲 ⑥複視 ⑦共同偏視 ⑧急性発症の嚥下障害 ⑨急性発症の失行 ⑩急性発症の失調 ⑪急性発症の認知不全	
		2. 下記症状の有無	<input type="checkbox"/> あり (⑫~⑰の症状のうち1つ以上あればチェック) <input type="checkbox"/> なし
	⑫浮動性めまい、回転性めまい ⑬局所性頭痛 ⑭両側の視力障害 ⑮認知機能障害 ⑯意識障害 ⑰発作症状(けいれん、てんかん等)		
	3. 上記1、2以外の症状(あれば記載)		()
	症状持続時間	<input type="checkbox"/> 1日以上 <input type="checkbox"/> 1日未満 <input type="checkbox"/> 1日未満で死亡/転院・外来診察のみ <input type="checkbox"/> 不明	
	発症登録区分	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発 ⇒(既往: <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 病型不明) <input type="checkbox"/> 不明 ※過去に脳卒中のいづれか(脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血)を発症 ⇒再発を選択。	
発症年月日	<input type="checkbox"/> 確実(年 月 日) <input type="checkbox"/> 不確実⇒推定日時に記載		
発症時間	<input type="checkbox"/> 確実(時 分) <input type="checkbox"/> 不確実⇒推定日時に記載		
推定日時	月 日 時頃(時間不明の場合: <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) から 月 日 時頃(時間不明の場合: <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) の間		
t-PAの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒投与開始日時(24時間制)(年 月 日 時 分)		
3	高血圧	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	糖尿病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	心房細動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 治療中 ⇒薬品名(<input type="checkbox"/> ワファリン <input type="checkbox"/> DOAC) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
抗血小板療法	<input type="checkbox"/> 治療中 ⇒薬品名(<input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> プレタル <input type="checkbox"/> アスピリン) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
4	画像	CT/MRI <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
5	搬送状況	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 紹介 ⇒入院中発症の場合は、記入不要	来院方法 <input type="checkbox"/> 救急車(ドクターヘリ含む) <input type="checkbox"/> 救急車以外 <input type="checkbox"/> 入院中発症 <input type="checkbox"/> 不明
	紹介元医療機関	<input type="checkbox"/> なし ⇒【入院年月日】から記載 <input type="checkbox"/> あり [受診日(年 月 日)] ⇒以下、【紹介元医療機関での検査・治療】を記入	
	紹介元医療機関での検査・治療(当てはまるもの全て)	紹介元医療機関名() <input type="checkbox"/> 検査(CT/MRI) <input type="checkbox"/> 保存的加療(t-PA含まない) <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()	
	入院年月日	<input type="checkbox"/> 入院なし <input type="checkbox"/> 入院あり ⇒入院日(年 月 日)	
	転帰・予後	<input type="checkbox"/> 外来のみで帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(脳卒中の治療中)(年 月 日) <input type="checkbox"/> 退院(他科転科含む)(年 月 日)⇒他科転科の場合(科) <input type="checkbox"/> 転送・転院(年 月 日)⇒転送・転院先() <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡時間: 年 月 日 時 分)	

FAX 024-000-0000

福島県 脳卒中 発症登録調査 エントリー情報

※初診日から3日以内に、健康増進センターへFAXにて本エントリー情報をお送りください。

エントリー番号

(事務局で記載)

個人番号

(事務局で記載)

症状を伴って来院した脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血(SAH)・病型不明の脳卒中を登録します。

【脳卒中発症登録の定義】

- ①神経症状(運動障害・感覚障害・失語・半盲・複視・失調・失認・構音障害・意識障害)が出現
- ②症状が24時間以上持続したもの

【注意点】

- (1)一過性脳虚血発作(TIA)を繰り返して続いて脳梗塞を引き起こした場合は、**脳梗塞を起こした時点**を発症時点とします。
- (2)病型が明らかではない24時間以内に死亡した場合も、**可能性のある脳卒中**として登録します。
- (3)血栓溶解療法(t-PA:アルテプラゼ)などの早期介入による24時間以内の神経症状消失は登録対象です。

【除外基準】

- (1)症候性の脳卒中
 - ①24時間に満たないもの(TIA)
 - ②腫瘍性の疾患
 - ③外傷性疾患
 - ④医原性の疾患
 - ⑤血液疾患
 - ⑥脳・髄膜の炎症によるもの
 - ⑦妊娠・分娩・産じょくに発病したもの
 - ⑧薬物・中毒によるもの
 - ⑨その他の原疾患が明確なもの
- (2)無症候性脳梗塞
たまたま撮影したCT検査(人間ドック等)で見つかり、急性発症が明瞭でない場合
- (3)発症から4週以内の再発ケース
発症日時から4週(28日)以内の再発例は、新規登録としません。

以下、ご記載ください。⇒脳卒中発症登録票へも同じ内容をご記載ください。 記載日:

※来院日時は、(救急車又は登録対象者が)病院へ到着した時間をご記載ください。 年 月 日

ただし入院中発症の場合は、脳卒中と診断した医師が、発症後に初めて患者を診察開始した時間とします。

来院日時

年 月 日

(西暦)

時 分

(24時間制)

医療機関名

ご担当医師名

ご記入者名

ご連絡先

☆本用紙に記載あるエントリー番号と同じ番号の脳卒中発症登録票に詳細をご記載ください。

(事務局記載)

受取年月日

受取者名



秘

福島県急性死登録票

急性内因性死亡を診た場合は、3日以内に健康増進センターへ本登録票をお送りください。

0	エントリー番号 (事務局記載)	個人番号 (事務局で記載)
---	--------------------	------------------

【急性死登録の定義】 罹病期間24時間以内(約1日は採用する)である内因性死亡(主に、急性心臓死、急性心停止、心不全、VT、VF)の場合に登録します。
【注意点】 発症から24時間以内に死亡が確認された場合でも、急性心筋梗塞又は脳卒中発症が考えられる場合は、それぞれのエントリー情報と登録票への記載が必要です。ただし、その場合に本登録票への記載は不要です。
【除外基準】 (1)発症時間が特定できない場合。 ただし、発症から24時間以内(24時間を含む)または1日以内(1日を含む)である場合は本登録票の記載をお願いします。 (2)死亡を起こす症状の発症が誰もみていないなどで24時間以内かどうか不明の場合。 (3)発症時が不明で24時間以上前に死亡(死後硬直など)したと考えられる場合。 (4)内科的持病のため寝たきりなどの状態で、知らないうちに死亡していたなどの場合。 *寝たきりなどの状態とは、痛による終末期も含む。 (5)介護施設入所中での死亡例で寝たきりの場合

以下、ご記載ください。

※年:西暦 時間:24時間制 で記入をお願いします。		登録票記入年月日	年	月	日	
1 登録先詳細・患者基本情報	カルテID	被保険者番号 (記号番号)				
	病院名	担当医師名				
	記入者(職種・名)	記入者の連絡先	TEL:			
	氏名(かな)	生年月日	E-MAIL:			
	氏名(漢字)		年	月	日	
	現住所			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	震災による避難の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 旧居住地(市・町・村) <input type="checkbox"/> 不明				
2 症状	<input type="checkbox"/> 胸痛(20分以上続く入院を要するような胸痛)(2-A) <input type="checkbox"/> 非典型的胸痛(2-B) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明					
3 症状発現日	年 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 不明					
4 死亡場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> 老人ホーム <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(路上など)					
5 死亡までの時間	<input type="checkbox"/> 死亡までの時間が1時間以内 <input type="checkbox"/> 死亡までの時間が1~24時間以内 <input type="checkbox"/> 死亡まで24時間以内であるが1時間以内かどうか不明					
6 心疾患既往	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 ⇒ [時期: <input type="checkbox"/> 初発の時期(年 月 日) <input type="checkbox"/> 時期不明] <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈(判ればその診断名:) <input type="checkbox"/> その他の器質的心疾患()					
7 コメント欄(自由記載)						

※以下、事務局担当記入欄

受取年月日		受取者名	
判定①			
心筋梗塞判定	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞: (8-A), (8-B)×(9-A)×(7-A 又は 7-B), (7-A)×(9-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(死亡): AMIが原因と考えられ、かつ(2-A 又は 2-B) 又は 虚血性心疾患の既往があり他の原因がない		
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞なし(他の要因で説明できる死亡:除外): (7-A, 8-A, 9-Aなく、他の原因によって説明できる)		
	<input type="checkbox"/> 判定不能		
判定日	年 月 日	①判定者名	
判定②			
心筋梗塞判定	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞: (8-A), (8-B)×(9-A)×(7-A 又は 7-B), (7-A)×(9-A)		
	<input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(死亡): AMIが原因と考えられ、かつ(2-A 又は 2-B) 又は 虚血性心疾患の既往があり他の原因がない		
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞なし(他の要因で説明できる死亡:除外): (7-A, 8-A, 9-Aなく、他の原因によって説明できる)		
	<input type="checkbox"/> 判定不能		
判定日	年 月 日	②判定者名	

*WHO MONICA基準

※7-A, 7-B, 8-A, 8-B, 9-A: 急性心筋梗塞発症登録票にある番号

2-A(本登録票)=7-A, 2-B(本登録票)=7-B