

心筋炎調査票

※ 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	<input type="checkbox"/> 実施 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明
	検査の種類 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> 心内膜心筋生検 心筋組織の炎症所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 急性発症の胸痛又は胸部圧迫感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 労作時、安静時、又は臥位での息切れ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 動悸 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 発汗 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 突然死 (年 月 日) <input type="checkbox"/> めまい / 失神 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 倦怠感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 浮腫 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 腹痛 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 咳嗽 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 易刺激性 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 哺乳不良/食欲低下 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 多呼吸 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 上昇あり (ng/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 トロポニンI 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (ng/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (U/L) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK-MB 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (U/L) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CRP 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mg/dL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 高感度CRP 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mg/dL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 ESR(1時間値) 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mm) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 D-ダイマー 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (μg/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 その他の特記すべき検査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 (年 月 日) ()

4. 画像検査	心臓MRI検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> その他 [
	直近の冠動脈検査 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 検査方法 <input type="checkbox"/> 血管造影検査 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 冠動脈CT検査 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 冠動脈MRI検査 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 () 検査日 (年 月 日) 冠動脈狭窄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 実施 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 心室壁厚の変化 <input type="checkbox"/> 局所の壁運動異常 <input type="checkbox"/> 心嚢液貯留 <input type="checkbox"/> 心室全体の収縮能又は拡張能の、低下又は異常 <input type="checkbox"/> 心腔内血栓 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他 [
	その他の画像検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 検査方法 () 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 実施 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ST上昇又は陰性T波 <input type="checkbox"/> 心房期外収縮、又は心室期外収縮 <input type="checkbox"/> R波減高、低電位、異常Q波 <input type="checkbox"/> その他の異常所見 [
6. 鑑別診断	該当項目を選択 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明