

## 症例観察登録票 フォローアップ状況

研究用ID： 施設名：

登録日： 前回報告日：

報告書作成日： ←最終観察日を記入して下さい。追跡が不可能であった場合には、メモ欄にコメントをお願いします。

## 臨床症状

失神  あり  なし

ありの場合 年月日

時間

状況

心停止発作  あり  なし

ありの場合 年月日

時間

状況

他の心臓死  あり  なし

ありの場合 年月日

死亡日は必ず記入をお願いします

時間

状況

非心臓死  あり  なし

ありの場合 年月日

死亡日は必ず記入をお願いします

時間

状況

## 治療

これまでのICD植込み？ 植込み日

なしの場合、  
今回の期間中の新規植込み？  あり  なし

ありの場合、植込み年月日

現時点での併用薬剤 キニジン  あり  なしベータ遮断薬  あり  なしジソピラミド  あり  なしカルシウム拮抗薬  あり  なしメキシレチン  あり  なしアミオダロン  あり  なし

他のI群薬

その他

メモ欄