SSS-GWAS 用 徐脈性不整脈患者登録用紙（ver.4.1）　　検体番号#_____

貴施設名（_____）登録者名（_____）記入日（20___年___月___日）
患者名（匿名可）（姓_____/名_____）　患者 ID（貴施設内識別番号）（_____）
生年月日（西暦_____年_____月_____日；_____才）　性別（□男　□女）

◆ 安静時心電図 ペースメーカ植込み前の心電図　□有　□無　（西暦_____年_____月_____日）
ペースメーカ植込み後の心電図　□有　□無　（西暦_____年_____月_____日）

◆ 診断 （□SSS 1 型　□SSS 2 型　□SSS 3 型　□不明）（複数チェック可）　診断時年齢（_____才）

◆ 適応基準　□SSS と診断されペースメーカを植込まれた症例
□SSS によって生じた　心拍数 40bpm 未満（心拍数_____bpm）
□SSS によって生じた　5 秒以上の洞停止（_____秒）

◆ 併存症　□房室ブロック（ □ 1 度　□ 2 度　□ 高度　□ 3 度 ）
□一過性心房細動　□非発作性心房細動　□心房頻拍　□心房静止
□その他の不整脈　詳細（_____）
□心不全　□心筋症　詳細（_____）
□心筋梗塞（ 急性 ・ 陳旧性 ）（ □ 前壁　□ 側壁　□ 下壁　□ 後壁　□ 不明 ）
□心臓外科術後　詳細（_____）
□高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□脳梗塞　□甲状腺機能亢進症　□甲状腺機能低下症
□その他の代謝性疾患　詳細（_____）
□その他（_____）

◆ 診断時の症状(次項目に要チェック)
□失神　□めまい等の失神前駆症状　□動悸　□息切れ　□その他（_____）
□無　□不明

◆ 診断時の SSS 発症に影響を与える薬剤の投与(次項目に要チェック)
□抗不整脈薬（薬剤名・用量_____）
□β ブロッカー（薬剤名・用量_____）
□その他（薬剤名・用量_____）
□無　□不明

◆ 現在の内服薬(次項目に要チェック)
心拍数増加を目指した薬剤 □β 刺激薬　□シロスタゾール
□その他、テオフィリンなど（薬剤名・用量_____）
□抗不整脈薬（薬剤名・用量_____）□β ブロッカー（薬剤名・用量_____）
□その他（薬剤名_____）
□無　□不明

◆ ペースメーカ □有　□無　ペースメーカ植込み年齢（_____才）
その他のデバイス治療　□ICD　□CRT　□CRT-D　□その他（_____）

◆ カテーテルアブレーション　□施行　□未施行　施行年齢（_____才）
対象疾患（_____）

◆ 検査所見（複数ある場合は PM 植込み時のものをご記入ください。）
心エコー　□診断時、□PM 植込み時、□最新 F/U 時　□未施行　施行年齢（_____才）
LAD:_____mm　LVEF:_____%　LVDd/Ds:_____/_____mm
その他の所見（_____）
BNP 採血　測定年齢（_____才）　BNP（_____pg/mL）　NT-proBNP（_____pg/mL）　□未施行

◆ 家族歴（3 親等以内、複数の家族例がある場合は別紙に家系図をご記入ください）　□無
□PM 植込み有（□洞不全症候群、□房室ブロック、□不明）
患者との関係（_____）
□洞不全症候群（PM 植込み無）患者との関係（_____）
□心房細動　□突然死　□その他の心疾患（_____）