

# National Clinical Database: Case Report Form 記入の手引き

## J-PCI

### 注意事項

このCase Report Form(以下、CRF)は、National Clinical Database(以下、NCD)への症例登録にあたっての補助資料です。各項目の定義については本CRFをご参照ください。  
本CRFはあくまでも補助資料のため、最終的な症例登録はWeb経由で行ってください。  
本CRFをNCDに送付いただいても、症例登録とみなすことはできません。あらかじめご了承ください。  
本CRFは、以下のような場合にご活用ください。

### 記入に際してのルール

記入ルールは、以下の通りです。なお、○と□のアイコンについては、Web上も同じルールです。

○: 択一の項目です。該当するものを1つだけお選びください。

□: 複数選択の項目です。該当するもの全てをお選びください。

下線: テキスト文章の記入欄です。

項目名の網掛けが灰色部分: 必須項目です。

### お問い合わせ

ご不明な点、ご質問等がありましたら、NCDホームページお問い合わせフォームよりお問い合わせください。

(URL <http://www.ncd.or.jp/contact>)

お問い合わせの前にFAQもご参照ください。(URL <http://www.ncd.or.jp/faq>)

※メールでの一元管理を行っていますので、お電話でのお問い合わせは承っておりません。何卒ご了承ください。

また、お問い合わせの内容によっては、回答までにお時間を要する場合があります。

今回入院に至った診断名①【1カ月以内に症状を有した症例の分類】	
安定狭心症	最近1カ月間の症状が安定している狭心症で、安静時の発作がない(=症状の誘発は高度の労作時に限り、その頻度とや程度が1カ月間変化していない.)。
不安定狭心症	狭心症と考えられる症候が存在し、加えて以下のうちの1つを満たすもの。 ①NewOnsetAngina: 最近1カ月以内に発症した新規狭心症 ②IncreasingAngina: 最近1カ月以内に悪化した増悪型狭心症 ③RestingAngina: 持続する安静時の狭心症、または日常生活が著しく制限される狭心症(歩行数十メートルや階段1階分等で症状出現) ④梗塞後狭心症: 心筋梗塞イベント後1カ月以内の持続する狭心症。 ただし、STや心筋マーカーの上昇は伴わない(伴う場合はそれぞれSTEMIやNSTEMIとなる)
急性心筋梗塞	持続する心筋虚血症状に、心筋マーカーの上昇を伴ったもの。心筋マーカーの上昇はCKやCK-MBの上昇[正常値の2倍以上]、もしくはトロポニン値の上昇[99パーセンタイル値以上]とする。以下のSTEMIとNSTEMIに分類される。 1) ST上昇型急性心筋梗塞(STEMI): 12誘導心電図上で隣接する2つ以上の誘導でST上昇(J点において胸部誘導0.2mV以上、四肢誘導0.1mV以上)、新規の左脚ブロック、または純後壁梗塞が認められる。 2) 非ST上昇型急性心筋梗塞(NSTEMI): 心電図変化がST上昇型に属さないか、存在しない。
ステント血栓症	AcademicResearchConsortium(ARC)の定義上Definiteとされるもの(下記)。この項目は上記の項目とあわせて重複選択可能とする。 <b>ステント血栓症ARC定義【ARC定義:ステント血栓症】</b> 1. 血管造影によるステント血栓症の確認 ステント内またはステント両端5mmの部位に由来する血栓が認められ、かつ48時間以内に以下の基準のうち1項目以上を満たしたもの。 1) 安静時虚血症状の急性発症 2) 急性虚血を示唆する新規の虚血性心電図変化 3) 心筋マーカーの典型的な上昇および低下 2. 病理によるステント血栓症の確認 剖検または血栓除去後の組織検査による亜急性ステント内血栓の所見。

今回入院に至った診断名②【1カ月以内に症状を特に有さない症例の分類】	
陳旧性心筋梗塞	以下のうちの1つを満たす。 1) 明らかな胸部症状が最近1カ月以内に存在しておらず、心電図上で新規の異常Q波が隣接する2つの誘導以上で出現している場合。 2) 明らかな胸部症状が最近1カ月以内に存在しておらず、画像上で区域性の非生存心筋(梗塞:菲薄化し収縮性が欠如)が証明されている場合。
無痛性虚血性心筋梗塞	明らかな胸部症状が最近1カ月以内に存在しておらず、負荷心電図・画像検査(心筋シンチ、エコー、MRI等)で区域性の虚血が証明されている場合。
Staged PCI(2019年以降規定)	1つの冠動脈疾患の診断に対して複数回のPCIを必要とする場合、2回目以降のPCIをStaged PCIとする。ACS後のStaged PCIの場合には、臨床的な状況が落ち着いている状況下であれば<症状なし>をクリックし、その後<Staged PCI>を選択する。

術前情報	
心不全の既往	これまでに心不全と診断された症例。ただし、症状を伴わない左室機能低下例は除く。
24時間以内の心肺停止	PCI施行前24時間以内で、心肺蘇生を要した心静止 (asystole)・心室細動 (VF)・脈拍を触知しない心室頻拍 (pulseless VT)
24時間以内の心原性ショック	PCI施行前24時間以内で、臨床的に循環不全 (下記のいずれか) と判断された症例。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・最大限の治療にも関わらず収縮期血圧 &lt; 80mmHg and/or 心係数 &lt; 1.8L/min/m<sup>2</sup></li> <li>・収縮期血圧 &gt; 80mmHg、心係数 &gt; 1.8L/min/m<sup>2</sup>を保つために強心剤等の静注やIABPサポートが必要。</li> </ul>
24時間以内の急性心不全	PCI施行前24時間以内で、急性心不全の状態と診断され、安静時・軽労作でも症状を有する場合 (NYHA IV相当)。急性心不全には以下の様な症状や兆候が含まれる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・軽労作中の呼吸困難 (心臓疾患が原因)</li> <li>・起座呼吸 (心臓疾患が原因)</li> <li>・体液貯留 (心臓疾患が原因)</li> <li>・湿性ラ音</li> <li>・頸静脈怒張</li> <li>・胸部X線上の肺水腫像</li> </ul>

併発疾患										
糖尿病	<p>【日本糖尿病学会：糖尿病診療ガイドライン2019年版】 以下のうちの1つを満たす。 (ア)空腹時126mg/dl以上 (イ)随時血糖200mg/dl以上 (ウ)HbA1c6.15以上(日本の計算式による、海外での6.5%に相当) (エ)75gOGTTの2時間血糖値が200mg/dl以上 (オ)経口血糖降下薬、あるいはインスリンやインクレチン製剤など注射製剤により治療中</p>									
高血圧	<p>日本高血圧学会ガイドライン2009年版：【日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン2019年版】 以下のうちの1つを満たす。 (ア)診療所SBP140mmHg以上 (イ)診療所DBP90mmHg以上 (ウ)降圧薬により治療中</p>									
脂質異常症	<p>【日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版】 脂質異常症：スクリーニングのための診断基準(空腹時採血※) いずれかを満たす(ただし、境界域高LDLコレステロール血症は条件から除外した)</p> <table border="1"> <tr> <td>LDLコレステロール</td> <td>140mg/dL以上</td> <td>高LDLコレステロール血症</td> </tr> <tr> <td>HDLコレステロール</td> <td>40mg/dL未満</td> <td>低HDLコレステロール血症</td> </tr> <tr> <td>トリグリセライド</td> <td>150mg/dL以上</td> <td>高トリグリセライド血症</td> </tr> </table> <p>LDLコレステロールはFriedewald(<math>TC - HDL - C = TG / 5</math>)の式で計算する(TGが400mg/dL未満の場合)。 TGが400mg/dL以上や食後採血の場合にはnon-HDL-C(<math>TC - HDL - C</math>)を使用し、その基準はLDL-C+30 mg/dLとする。 ※10-12時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし、水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。 出典：一般社団法人日本動脈硬化学会、第3章 脂質異常症の診断基準、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版、2012、33-36。</p>	LDLコレステロール	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症	HDLコレステロール	40mg/dL未満	低HDLコレステロール血症	トリグリセライド	150mg/dL以上	高トリグリセライド血症
LDLコレステロール	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症								
HDLコレステロール	40mg/dL未満	低HDLコレステロール血症								
トリグリセライド	150mg/dL以上	高トリグリセライド血症								
喫煙	過去1年以内に喫煙歴があるものすべて。									
慢性腎臓病(CKD)	<p>日本腎臓病学会CKD診療ガイド2009年版：【日本腎臓病学会：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018年版】 以下のうちの1つを満たす。下記のいずれか、または両方が3ヶ月以上続いている状態 (ア)蛋白尿の存在尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか。特に蛋白尿の存在が重要。 (イ)S-Cr1.3mg/dl以上 (ウ)eGFR60ml/min/1.73m<sup>2</sup>以下未満(<math>eGFR = 194 \times Age^{-0.23} \times Cr^{-0.1154}</math> [女性<math>\times 0.742</math>])</p>									
維持透析	人工透析、腹膜透析施行中のもの。									
慢性肺疾患(COPD)	慢性呼吸障害：1秒率70%以下、もしくはステロイド薬吸入や気管支拡張薬吸入・内服が行われている。但し、気管支喘息は慢性肺疾患には含まない。									
末梢血管障害(AAA/PAD)	<p>心臓以外の血管病変の既往(大動脈瘤または末梢血管[腎、総腸骨、大腿動脈など]の50%以上の狭窄)。下記を含む。 ・間欠性跛行の症状 ・ABI<math>\leq 0.9</math> ・動脈狭窄閉塞による跛切断・バイパス手術・血管形成の既往</p>									
COVID-19	PCIの際に、確定診断によってCOVID-19感染が確認されたPCI施行患者									

手技に関する合併症	
PCI手技による心筋梗塞	Q波梗塞、非Q波梗塞を統合。参照)Universal Definition of Myocardial Infarctionでは、PCIに伴う心筋梗塞(MI)は、cTnの正常上限5倍以上の上昇と規定
心タンポナーデ	PCI施行後に新たな血行動態を悪化させる心嚢液の貯留があり、心嚢ドレナージを要した場合。
補助循環や強心薬を必要とする心不全・ショック(心原性ショック)	輸液によって改善しない低血圧状態(収縮期血圧90mmHg未満もしくは平均血圧60mmHg未満)。長期入院患者の場合、PCI施行より30日以降のイベントは含まない。
ステント血栓症(院内発症)	ARCの定義上のdefiniteとする。 <b>ステント血栓症ARC定義【ARC定義:ステント血栓症】</b> 1. 血管造影によるステント血栓症の確認 ステント内またはステント両端5mmの部位に由来する血栓が認められ、かつ48時間以内に以下の基準のうち1項目以上を満たしたもの。 1) 安静時虚血症状の急性発症 2) 急性虚血を示唆する新規の虚血性心電図変化 3) 心筋マーカーの典型的な上昇および低下 2. 病理によるステント血栓症の確認 剖検または血栓除去後の組織検査による亜急性ステント内血栓の所見。
緊急手術	リスクの悪化を避けるために同じ入院中に行われた、予定されていない外科手術。
輸血を必要とする出血性合併症(アクセスサイト)(2019年以降規定)	術中か術後の出血により輸血を必要とし、大腿動脈や橈骨動脈などの穿刺箇所周囲の出血あるいは血種
輸血を必要とする出血性合併症(非アクセスサイト)(2019年以降規定)	術中か術後の出血により輸血を必要とし、大腿動脈や橈骨動脈などの穿刺箇所とは関係性の低い部位からの出血あるいは血種

院内死亡	
院内死亡(2019年以降規定)	手技の関与を問わず、入院中の全ての死亡を指す。PCI施行後の経過日数を問わない。
死因	心臓死には、急性冠症候群(ACS)による死亡、心臓突然死、心不全による死亡、脳梗塞による死亡、心臓に対する手技・手術による死亡、心臓からの重大な出血による死亡、そして心臓を主要因(※)として引き起こされた死亡が含まれる。なお、全ての死亡は明らかな非心臓死の原因がない限り心臓死と見なされる。(Circulation. 2018;137:961-972)  ※ 主要因とは最終的に死亡へとつながる一連の事象の根源となるような要因を指す。例えば、ACSが致死的不整脈の原因となった場合には、主要因はACS(つまり、心臓死)となる。  手技関連死は、心臓死のうち、PCIあるいはその他の観血的な手技による合併症が直接の要因となった場合の死亡(心臓に対する手技・手術による死亡)を指す。

# National Clinical Database

## Case Report Form : J-PCI

### 患者情報

初回登録日	西暦 _____年____月____日	症例登録システム上では自動入力。
院内管理コード (施設患者番号)	<input type="radio"/> 施設方針により記入しない 院内管理コード _____	院内管理コードを記入する場合は、各施設診療科で決めて記入する。半角英字と半角数字の両方を使用可能。
患者性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
患者生年月日	西暦 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 日までは不明	月まで記入必須。

### 手術・インターベンション情報術前情報

PCI歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	
CABG歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	
心筋梗塞の既往	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	
心不全の既往	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	これまでに心不全と診断された症例。但し、症状を伴わない左室機能低下例は除く。 J-PCI項目定義「術前情報」参照。
24時間以内の心肺停止	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	PCI施行前24時間以内で、心肺蘇生を要した心静止(asystole)・心室細動(VF)・脈拍を触知しない心室頻拍(pulseless VT)。 J-PCI項目定義「術前情報」参照。
24時間以内の心原性 ショック	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	PCI施行前24時間以内で、臨床的に循環不全(下記のいずれか)と判断された症例。 ・最大限の治療にもかかわらず収縮期血圧<80mmHg and/or 心係数<1.8 l/min/m <sup>2</sup> ・収縮期血圧>80mmHg、心係数>1.8 l/min/m <sup>2</sup> を保つために強心剤等の静注やIABPサポートが必要。 J-PCI項目定義「術前情報」参照。
24時間以内の急性心不全	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	PCI施行前24時間以内で、急性心不全の状態と診断され、安静時・軽労作でも症状を有する場合(NYHA IV相当)。急性心不全には以下の様な症状や兆候が含まれる。 ・軽労作中の呼吸困難(心臓疾患が原因) ・起座呼吸(心臓疾患が原因) ・体液貯留(心臓疾患が原因) ・湿性ラ音 ・頸静脈怒張 ・胸部X線上の肺水腫像 J-PCI項目定義「術前情報」参照。
1カ月以内の症状の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
今回PCIに至った診断名 (1カ月以内に症状を有した 症例の分類) ※【1カ月以内の症状の有無】で 「有」を選んだ場合に記入する。	<input type="radio"/> 安定狭心症 <input type="radio"/> 不安定狭心症 <input type="radio"/> 急性心筋梗塞 ( <input type="radio"/> 非ST上昇型 <input type="radio"/> ST上昇型 <input type="radio"/> 不明) <input type="checkbox"/> ステント血栓症	診断名の選択は、J-PCI項目定義「今回入院に至った診断名①【1カ月以内に症状を特に有する症例の分類】参照」。 ACS後のStaged PCIの場合には、臨床的な状況が落ち着いている状況下であれば【症状なし】をクリックし、その後【Staged PCI】を選択。 「急性心筋梗塞」を選択した場合は、下位選択肢(非ST上昇型、ST上昇型、不明)の選択必須。



術前抗血小板薬の使用	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	PCI 施行の 24時間以内 に投与された抗血小板薬の有無
術前抗血小板薬の種類 ※【術前抗血小板薬の使用】で「有」の場合に記入する。	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> チカグレロル <input type="checkbox"/> その他の抗血小板薬	
術前経口抗凝固薬の使用	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	PCI 施行の 24時間以内 に投与された抗凝固薬の有無
術前経口抗凝固薬の種類 ※【術前経口抗凝固薬】で「有」の場合に記入する。	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン <input type="checkbox"/> その他の抗血小板薬	
術前 Hgb	[ _____ ] g/d	1.0-24.0 の間の小数点一桁入力 術前30日前までの期間で最も新しい数値 本登録におきましては PCI 術前に Hgb と Cr 計測がなされていないというケースは想定しておりません。もしも例外的にそのようなことがございましたら各検査値の最大値(Hgb は 24.0、Cr は 20.0)を入力ください
術前 Cr	[ _____ ] mg/d <input type="checkbox"/> 透析患者	0.1-20.0 の間の小数点一桁入力 術前30日前までの期間で最も新しい数値 本登録におきましては PCI 術前に Hgb と Cr 計測がなされていないというケースは想定しておりません。もしも例外的にそのようなことがございましたら各検査値の最大値(Hgb は 24.0、Cr は 20.0)を入力ください <b>血液透析や腹膜透析を実施されている患者さんの場合は「透析患者」のチェックを入れる。</b>
病変数	<input type="checkbox"/> 1枝 <input type="checkbox"/> 2枝 <input type="checkbox"/> 3枝 <input type="checkbox"/> 主幹部	AHA分類75% (実測50%)以上の有意狭窄病変を有する主要冠動脈。例えば右冠動脈に90%、主幹部に75%の病変を認めた場合には「1枝」と「主幹部」に記入する。 なお、狭窄度は以下すべてAHA基準に応じて規定するものとする。複数回答可。

### 手術・インターベンション情報術中情報

PCI施行日	西暦 _____年____月____日	月まで記入必須。
年齢	_____歳	症例登録システム上では、「患者生年月日」と「PCI施行日」から自動計算。
第一術者	医籍番号 _____	
指導的介助者	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 医籍番号 _____	
PCIのステータス	<input type="radio"/> 待機的 <input type="radio"/> 緊急	緊急: 前日までに予定されていなかったPCI 待機的: 上記以外の予定されたPCI
PCI開始時間帯 ※【PCIのステータス】で「緊急」を選択した場合に記入する。	<input type="radio"/> 7:00-17:59 の間 <input type="radio"/> 18:00-22:59 の間 <input type="radio"/> 23:00-6:59 の間	厚生労働省の定める通常の労働時間帯、深夜の時間帯、その間 という分け方
アクセスサイト	<input type="radio"/> 大腿動脈 <input type="radio"/> 橈骨動脈 <input type="radio"/> その他	
シースサイズ	<input type="radio"/> Sheathless <input type="radio"/> 3Fr <input type="radio"/> 4Fr <input type="radio"/> 5Fr <input type="radio"/> 6Fr <input type="radio"/> 7Fr <input type="radio"/> 8Fr <input type="radio"/> 8Fr以上	特殊なシースとしてGlidesheath Slenderがあるが、「挿入されたシースの外径」を基準とすることとする。 例えば7Fr Glidesheath Slender は 6Fr 扱いとなる

Door to balloon time ※【今回PCIに至った診断名】で「急性心筋梗塞(ST上昇型)」が選ばれた場合に記入する。	○有 _____ 分    ○不明	病院到着から標的病変に対してバルーンを拡張させるあるいは血栓吸引するまでの時間。時間は半角整数3桁。「50分」の場合は「50」として入力。範囲1-500。
透視時間	○有 _____ 分    ○不明	時間は半角整数3桁。「50分」の場合は「050」として入力。入力範囲は001-500。
手術時間	_____ 分	入室から退室までの時間 範囲10-999 整数値入力
造影剤使用量	[ _____ ]ml	範囲 1-1999 整数値入力
PCI施行にあたっての補助循環デバイスの使用	○有            ○無	
デバイス種類	【PCI施行にあたっての補助循環デバイスの使用】で「有」が選択された場合に記入する <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> PCPS <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> LVAD <input type="checkbox"/> その他	
IABP タイミング	【デバイス種類】で「IABP」が選択された場合に記入する <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術中 <input type="checkbox"/> 術後	
PCPS タイミング	【デバイス種類】で「PCPS」が選択された場合に記入する <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術中 <input type="checkbox"/> 術後	
Impella タイミング	【デバイス種類】で「Impella」が選択された場合に記入する <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術中 <input type="checkbox"/> 術後	
LVAD タイミング	【デバイス種類】で「LVAD」が選択された場合に記入する <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術中 <input type="checkbox"/> 術後	
その他 タイミング	【デバイス種類】で「その他」が選択された場合に記入する <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術中 <input type="checkbox"/> 術後	
病変の部位	<input type="checkbox"/> RCA (右冠状動脈) <input type="checkbox"/> LM・LAD (左冠状動脈主管部・前下行枝) <input type="checkbox"/> LCX (左冠状動脈回旋枝) <input type="checkbox"/> グラフト病変 <input type="checkbox"/> その他	

	病変番号	実施有無	病変性状 【実地有無】が「有」の場合に記入する。	成否 病変成功:PCI 施行後の標的血管の狭窄度が目視で25%以下かつ末梢血管まで遅延なく造影される[TIMI 3 flow].	使用機器
RCA(右冠状動脈) ※「病変の部位」で「RCA(右冠状動脈)」を選択した場合、右記を記入する。	#1	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	#2	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	#3	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	#4PD	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

	#4AV	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
LM・LAD(左冠状動脈主管部・前下行枝) ※「病変の部位」で「LM・LAD(左冠状動脈主管部・前下行枝)」を選択した場合、右記を記入する。	病変番号	実施有無	病変性状 【実地有無】が「有」の場合に記入する。	成否 病変成功:PCI 施行後の標的血管の狭窄度が目視で25%以下かつ末梢血管まで遅延なく造影される[TIMI 3 flow].	使用機器
	#5	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	#6	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	#7	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

	#8	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	#9	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	#10	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

病変番号	実施有無	病変性状 【実地有無】が「有」の場合に記入する。	成否 病変成功:PCI 施行後の標的血管の狭窄度が目視で25%以下かつ末梢血管まで遅延なく造影される[TIMI 3 flow].	使用機器
#11	○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	□バルーンのみ □薬剤溶出バルーン □金属ステント □薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) □ロータブレード □アテレクトミー(DiamondBack) □ELCA □DCA □IVL (Shockwave C2) □BRS □血栓吸引 □遠位部保護 □ワイヤー/デバイス不通過 □その他 □不明
HL/#12	○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	□バルーンのみ □薬剤溶出バルーン □金属ステント □薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) □ロータブレード □アテレクトミー(DiamondBack) □ELCA □DCA □IVL (Shockwave C2) □BRS □血栓吸引 □遠位部保護 □ワイヤー/デバイス不通過 □その他 □不明
#13	○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	□バルーンのみ □薬剤溶出バルーン □金属ステント □薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) □ロータブレード □アテレクトミー(DiamondBack) □ELCA □DCA □IVL (Shockwave C2) □BRS □血栓吸引 □遠位部保護 □ワイヤー/デバイス不通過 □その他 □不明
#14	○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	□バルーンのみ □薬剤溶出バルーン □金属ステント □薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) □ロータブレード □アテレクトミー(DiamondBack) □ELCA □DCA □IVL (Shockwave C2) □BRS □血栓吸引 □遠位部保護 □ワイヤー/デバイス不通過 □その他 □不明

LCX(左冠状動脈回旋枝)  
※「病変の部位」で「LCX(左冠状動脈回旋枝)」を選択した場合、右記を記入する。

	#15	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
グラフト病変 ※「病変の部位」で「グラフト病変」を選択した場合、右記を記入する。	病変番号	実施有無	病変性状 【実地有無】が「有」の場合に記入する。	成否 病変成功:PCI 施行後の標的血管の狭窄度が目視で25%以下かつ末梢血管まで遅延なく造影される[TIMI 3 flow].	使用機器
	SVG (LAD)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	SVG (LCX)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	SVG (RCA)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再狭窄 <input type="radio"/> 不詳	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

	AG (LAD)	○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	AG (LCX)	○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	AG (RCA)	○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
その他 ※「病変の部位」で「その他」を選択した場合、右記を記入する。	病変番号	実施有無	<b>病変性状</b> 【実地有無】が「有」の場合に記入する。	<b>成否</b> 病変成功:PCI 施行後の標的血管の狭窄度が目視で25%以下かつ末梢血管まで遅延なく造影される[TIMI 3 flow].	使用機器
		○有 ○無 ○不明	○新規 ○再狭窄 ○不詳	○成功 ○不成功 ○不明	<input type="checkbox"/> バルーンのみ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出バルーン <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント(DES:DCSを含む) <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> アテレクトミー(DiamondBack) <input type="checkbox"/> ELCA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> IVL (Shockwave C2) <input type="checkbox"/> BRS <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 遠位部保護 <input type="checkbox"/> ワイヤー/デバイス不通過 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

手術・インターベンション情報術後情報

<p>手技に関する合併症</p>	<p>○有 ○無</p> <p>「有」の場合は、以下も記入する。  <input type="checkbox"/>PCI手技による心筋梗塞  <input type="checkbox"/>心タンポナーデ <input type="checkbox"/>補助循環や強心薬を必要とする心不全・ショック  <input type="checkbox"/>ステント血栓症(院内発症) <input type="checkbox"/>緊急手術  <input type="checkbox"/>輸血を必要とする出血性合併症(アクセスサイト)  <input type="checkbox"/>輸血を必要とする出血性合併症(非アクセスサイト)  <input type="checkbox"/>その他</p>	<p>J-PCI表紙「手技に関する合併症」参照。複数回答可。</p>
<p>院内死亡</p>	<p>○有 ○無</p>	<p>J-PCI表紙「院内死亡」参照</p>
<p>院内死亡日</p>	<p>【院内死亡】が「有」の場合表示                  西暦_____年 ____月 ____日</p>	
<p>死因</p>	<p>【院内死亡】が「有」の場合表示  <input type="checkbox"/>心臓死  <input type="checkbox"/>手技関連死(心臓死であれば選択可)  <input type="checkbox"/>その他の心臓死(心臓死であれば選択可)  <input type="checkbox"/>非心臓死</p>	<p>J-PCI表紙「院内死亡」参照</p>