



## <術中情報>

PCI施行日	西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 施設方針により入力しない	
年齢	歳（「生年月日」と「PCI施行日」を入力頂きますと自動計算されます）	
第一術者	医師名	※術者リストより選択
	医籍番号	※術者リストより選択
指導医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	医師名	※術者リストより選択
	医籍番号	※術者リストより選択
PCIのステータス	<input type="checkbox"/> 待機的 <input type="checkbox"/> 緊急	
透視時間	<input type="checkbox"/> 有 _____分 <input type="checkbox"/> 不明	
病変部位	<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	成否	使用機器(複数回答可) ※ワイヤー通過困難等でデバイスを使用しなかった場合は「その他」をチェック			
R C A	1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	4PD	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	4AV	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護

病変番号	実施有無	病変性状	成否	使用機器(複数回答可)			
				※ワイヤー通過困難等でデバイスを使用しなかった場合は「その他」をチェック			
LM・LAD	5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	6	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	8	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	10	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
LCX	11	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	HL/12	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	13	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	14	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	15	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護

病変番号	実施有無	病変性状	成否	使用機器(複数回答可) ※ワイヤー通過困難等でデバイスを使用しなかった場合は「その他」をチェック			
グラフト病変	SVG (LAD)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	SVG (LCX)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	SVG (RCA)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	AG (LAD)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	AG (LCX)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
	AG (RCA)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再狭窄 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ロータブレード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 血栓吸引 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 薬剤溶出ステント <input type="checkbox"/> 遠位部保護	

### <手術・術後情報>

	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
手技に関する合併症	<input type="checkbox"/> 院内死亡 <input type="checkbox"/> Q波梗塞 <input type="checkbox"/> 非Q波梗塞 <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 <input type="checkbox"/> その他
手技成功	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明

### <退院情報>

患者成功	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明
------	--