

ここで得られた情報は生活習慣病予防を目指したコホート研究以外の目的で使用されることはありません。本紙は二重錠で管理され、データは外部ネットワークに接続しないパソコンで匿名化された状態で保管・管理されます。

こちらの枠は全員ご記入ください

2004年から始まった初回調査以降についてお尋ねいたします。

質問1) 2004年以降、新たに『心臓病』にかかりましたか。 あてはまる数字に○をつけてください

- 0. かかっていない
 - 1. 心臓病にかかった
- 以下について、わかる範囲で、ご記入をお願いいたします

心臓病の詳しい病名	1. 急性心筋梗塞	2. 狭心症	
	3. その他 ()		
心臓カテーテル検査を受けた	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
はじめて診断された時期	年	月	日

右ページをご記入ください

質問2) 2004年以降、新たに『脳卒中』にかかりましたか。 あてはまる数字に○をつけてください

- 0. かかっていない
 - 1. 脳卒中にかかった
- 以下について、わかる範囲で、ご記入をお願いいたします

脳卒中の詳しい病名	1. 脳梗塞	2. 脳出血	3. くも膜下出血
	4. その他 ()		
はじめて診断された時期	年	月	日

右ページをご記入ください

質問3) 2004年以降、新たに『がん』にかかりましたか。 あてはまる数字に○をつけてください

- 0. かかっていない
 - 1. がんにかかった (良性か悪性が不明な場合も含む)
- 以下について、わかる範囲で、ご記入をお願いいたします

がんの 詳しい 病名	1. 胃がん	2. 肺がん	3. 乳がん	4. 肝臓がん
	5. 大腸がん→ (<input type="checkbox"/> 直腸がん <input type="checkbox"/> 結腸がん <input type="checkbox"/> 部位不明)			
	6. 子宮がん→ (<input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 部位不明)			
	7. 前立腺がん	8. すい臓がん	9. 胆のう・胆管がん	10. 膀胱がん
	11. 食道がん	12. 卵巣がん	13. 白血病・リンパ腫	14. 皮膚がん
	15. その他 ()			
はじめて診断された時期	年	月	日	

右ページをご記入ください

質問4) 血液透析、腹膜透析などを定期的に (始まってから1ヵ月 [30日] 以上) 受けていますか。

- 0. 受けていない
 - 1. 受けている
- あてはまる数字に○をつけてください
以下について、わかる範囲で、ご記入をお願いいたします

透析を始めた時期 (月まで)	年	月	日
透析が必要になった主な原因 (病気)	1. 糖尿病 (糖尿病性腎症) 2. 慢性腎炎 (慢性糸球体腎炎)		
	3. 腎硬化症 4. その他 () 5. 不明		

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名: _____

住所: 〒 _____

生年月日: 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

新たに心臓病、脳卒中、がんにかかれた方は、以下の同意書にご記入をお願いします

研究責任者 村田昌之殿
「生活習慣病予防を目指したコホート研究」

医療情報に関して医療機関に問い合わせることについての同意書

私は、「生活習慣病予防を目指したコホート研究」の調査担当者が研究目的のために、私が罹患したがん、脳血管疾患、もしくは心筋梗塞の詳細について下記の医療機関に問い合わせること、および主治医 (または医療機関の代表者) の了解を受けてカルテ (診療録) から転記することに同意します。なお、問い合わせや転記はがん登録票 (裏面資料1)、心筋梗塞登録票 (資料2)、脳卒中登録票 (資料3) もしくは慢性透析療法登録票 (資料4) の項目に限り認めることとします。

医療機関への問い合わせに

1. 同意します 2. 同意しません

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 (自筆) _____

ご同意いただける場合は、わかる範囲で結構ですので、以下のご記入をお願いいたします

かかれた医療機関	医療機関名	
<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	所在地	
<input type="checkbox"/> 診断された医療機関	診療科	主治医
<input type="checkbox"/> 手術した医療機関		

かかれた医療機関	医療機関名	
<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	所在地	
<input type="checkbox"/> 診断された医療機関	診療科	主治医
<input type="checkbox"/> 手術した医療機関		

(足りない場合は、余白にご記入ください)
一調査へのご協力ありがとうございました

資料1 がん登録票

J-MICC Study 通称調査票-様式2 171006版
(あてはまる数字に○を付け、空欄に記入して下さい。)
がん罹患登録票
個人識別ID 調査地区 研究機関
カルテ番号 医療機関名
性別 1.男 2.女 生年月日(昭和) 年 月 日
住所(市区町村まで)
診断年月日(西暦) 20 年 月 日
診断根拠 1.組織学的診断なし 2.細胞診 3.組織診(生検または手術標本) 4.剖検
診断名(原発部位) 局在コード(ICD-O-3T)
★診断根拠2-4の場合
進展度(Clinical) 1.上皮内 2.当該臓器限局 3.所属リンパ節転移
進展度(Pathological) 1.上皮内 2.当該臓器限局 3.所属リンパ節転移
TNM分類(Clinical) T N M Stage
TNM分類(Pathological) T N M Stage
死亡年月日(西暦) 20 年 月 日
把握方法(1つに○) 1.地域がん登録 2.対象医療機関の院内登録 3.2以外の医療機関調査
4.死亡小票(医療機関照会) 5.第二次調査(医療機関照会)
6.研究協力者調査(医療機関照会) 7.保険診療情報(医療機関照会)
8.第二次調査(医療機関照会なし) 9.研究協力者調査(医療機関照会なし)
10.保険診療情報(医療機関照会なし) 11.その他
地域がん登録の場合(1-3いずれかに○) 1.DCC症例 2.1以外のDCN症例 3.1-2いずれでもない 重複番号()
注) 地域がん登録から臓器/組織型コードが得られ、診断名/組織型が得られない場合、診断名/組織型は不要
「進展度(不明)」、「TNM分類(不明)」は、「Clinical」と「Pathological」の区別が不明の場合に記載
登録票記載日 20 年 月 日 記入者名 所属

資料2 心筋梗塞登録票

20160912版
(あてはまる数字に○を付け、空欄に記入して下さい。)
心筋梗塞・冠動脈インターベンション(狭心症)登録票
個人識別ID 調査地区 研究機関
カルテ番号 医療機関名
性別 1.男 2.女 生年月日(昭和) 年 月 日
住所(市区町村まで)
最終診断* 心筋梗塞(□確定 □可能性) □冠動脈インターベンション
入院日時(西暦)* 20 年 月 日 時(24時間制)
発症日時(西暦)* 20 年 月 日 時 分(24時間制) □推定日時
臨床診断
(A)胸痛* 1.定型的 2.非定型的 3.その他の症状 4.不詳
(B)心電図異常* 1.正常 2.不整脈 3.コード不能 4.心電図なし、または不明
(C)心臓造影検査* 1.異常 2.異常なしに達しない、他疾患原因の上昇 3.判定なし、または不明
(D)剖検* 1.確定 2.可能性ある所見 3.所見無し 4.剖検なし、不明、生存
(E)心臓血管死* 1.心筋梗塞・狭心症既往、冠動脈病変あり 2.死因不明、または不明
その他の診断根拠*: 以下の(1)~(4)であてはまる数字の横にチェックをつけてください
(1) □ あり: 急性期冠動脈造影により冠閉塞ないし責任血管の高度狭窄確認
(2) □ あり: 定型的・非定型的症状があり、心エコー図検査で心電図異常部位に壁運動低下・無運動あり
(3) □ あり: 突然死例でCTや剖検等によって確認された心臓型
(4) □ あり: 上記A~D、(1)~(4)の各所見の原因として他の疾患が考えられる場合(心臓炎等)、または臨床的に「心筋梗塞なし」が妥当と判断される場合
検査部位* □前壁/側壁 □下壁 □後壁 □側壁 □心尖部 □不明、または心電図無し
Peak CPK □CPK □CPK-MB U (□上昇あり) □不明
迅速検査 □心筋トロポニンT(□上昇あり ng/ml [□T □I]) □H-FABP(□上昇あり ng/ml)
以下 共通記入項目
責任病変* 閉塞・狭窄部位 # - %、# - %、# - %
□抗血栓薬(抗血小板薬・抗凝固薬)・血栓溶解薬
□PCI(□血栓吸引 □POBA □PTCR □stent □その他()) □不明
CABG □あり(手術日 20 年 月 日) □なし □不明
退院日* 20 年 月 日
転帰* □自宅退院 □転院 □死亡
備考
*印のついた項目は、心筋梗塞では必須項目です。
登録票記載日 20 年 月 日 記入者名 所属

資料3 脳卒中登録票

J-MICC Study 通称調査票 20160906版
(あてはまる内容の□にチェックを付け、空欄に記入して下さい。)
脳卒中登録票
個人識別ID 調査地区 研究機関
カルテ番号 医療機関名
氏名 性別 1.男 2.女 生年月日(昭和) 年 月 日
住所(市区町村まで)
発症日時(西暦)* 20 年 月 日 時 分(24時間制) □推定日時
入院日時(西暦)* 20 年 月 日 時(24時間制)
発作回数* □初回 □2回目 □3回目以上
症状(あれば登録対象) □運動障害 □感覚障害 □失語 □半身 □顔面 □失調 □失聴 □構音障害 □意識障害 □頭痛
(A)診断*: あてはまる診断名の番号に○をつけ、詳細にチェックをつけてください
1.脳梗塞 □TIA/POCS血栓性 □心原性血栓 □クモ膜下出血 □不明・その他()
2.脳出血
3.くも膜下出血 □脳動脈瘤 □脳動脈静脈畸形 □原因不明・その他()
4.その他()
(B)診断根拠* □MRI □CT □血管造影 □髄液 □不明
(C)脳梗塞の主病巣(今回の発作に限る)についてあてはまるものを選び、チェックをつけてください
病巣部位 □右 □左 □両側
病巣部位 □皮質 2.白質 3.脳室 4.脳幹 □多発 □その他()
病巣の大きさ □15mm未満(小) □15mm以上1/2未満(中) □1/2以上(大) □不明
塞栓源 心房性(□あり □なし □不明) その他心疾患・塞栓源()
(D)脳出血の主病巣(今回の発作に限る)についてあてはまるものを選び、チェックをつけてください
病巣部位 □右 □左 □両側
病巣部位 □大脳皮質下 □被蓋など大脳基底核 □視床 □小脳 □脳幹 □その他()
病巣の大きさ □2cm未満(小) □2cm以上6cm未満(中) □6cm以上(大) □不明
(E)くも膜下出血の主病巣(今回の発作に限る)についてあてはまるものを選び、チェックをつけてください
□内頸動脈系 □椎骨基底動脈系 □その他() □不明
退院日* 20 年 月 日
転帰* □自宅退院 □転院 □死亡
備考
*印のついた項目は必須項目。
登録票記載日 20 年 月 日 記入者名 所属

資料4 慢性透析療法登録票

J-MICC Study 通称調査票-様式4 161010版
(あてはまる数字に○を付け、空欄に記入して下さい。)
慢性透析療法登録票
個人識別ID 調査地区 研究機関
カルテ番号 医療機関名
氏名 性別 1.男 2.女 生年月日(西暦) 年 月 日
住所(市区町村まで)
透析開始年月 (20)年()月()歳
導入時状態 導入時Kt/V mg/dl 導入時BUN mg/dl
透析分業 1.血液透析 2.腹膜透析 3.血液透析-腹膜透析 4.その他()
透析条件 ()回/週、()時間/回、Kt/V(標準化透析量)()
透析導入原疾患 1.糖尿病性腎症 2.慢性糸球体腎炎 3.腎硬化症 4.多発性嚢胞腎 5.慢性腎盂腎炎
6.急速進行性糸球体腎炎 7.SLE腎症 8.その他() 9.不明
原疾患の診断年月 1.昭和/平成()年()月()日 2.不明
腎生検 1.なし 2.あり 腎生検施行日:平成()年()月()日()歳
組織学的診断: 1. IgA腎症 2.膜性腎症 3.その他()
腎移植 1.なし 2.あり 腎移植施行日:(20)年()月()日()歳
登録票記載日(20)年()月()日 記入者名() 所属()