6.検査

	2021年1月	2021年7月	2022年1月	2022年7月	2023年1月	2023年7月	2024年1月
体重(DW)(kg)							
脈拍(bpm)							
収縮期血圧(mmHg)							
拡張期血圧(mmHg)							
WBC(μL)							
末梢血リンパ球数(%)							
ヘモグロビン(g/dL)							
MCV(fL)							
ヘマトクリット(%)							
Fe(μg/dL)							
総鉄結合能(TIBC)(μg/dL)							
フェリチン(ng/mL)							
血清アルブミン(g/dL)							
コリンエステラーゼ(U/L)							
TC(mg/dL)							
HDL-C(mg/dL)							
LDL-C(mg/dL)							
TG(mg/dL)							
ナトリウム(mEq/L)							
カリウム(mEq/L)							
クロール(mEq/L)							
カルシウム(mg/dL)							
リン(mg/dL)							
尿素窒素(BUN)(mg/dL)							
血清クレアチニン(mg/dL)							
CRP(mg/dL)							
intactPTH(pg/mL)							
nPCR(g/kg/day)							
Kt/V							
ANP(pg/mL)							
BNP(pg/mL)							

REVEAL-D

被験者ID: _____ ー _____

1.基礎情報

- 生年月(西暦): _____年____月
- 性別: ☐ 男性 ☐ 女性
- 身長: _____cm
- 保険: ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護
- 透析導入日(西暦): _____年____月____日
- 喫煙歴: ☐ 吸わない ☐ やめた ☐ 吸う ☐ 不明
- 原疾患: _____ ※ 別冊参照(3桁のコードで記入して下さい)
- 並存疾患・既往歴(2021年1月時点): ☐ 該当なし ☐ 脊柱管狭窄症 ☐ 認知症 ☐ 糖尿病
  ☐ 虚血性心疾患 ☐ 脳卒中 ☐ 四肢切断 ☐ 大腿骨近位部骨折 ☐ 透析アミロイドーシス
- 転　帰: ☐ 生存 ☐ 死亡 ☐ 移植 ☐ 転医 → 日付:西暦 _____年____月____日
  死因: ☐ 心不全 ☐ 狭心症/心筋梗塞 ☐ 感染症 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 透析中止
  ☐ その他_____
- イベント(2021年1月～2023年12月まで): ☐ あり ☐ 以下のイベントはなし

1:転倒による骨折 ※1
2:四肢切断 ※2
3:入院を要する虚血性心疾患
4:入院を要する脳卒中
5:入院を要する感染症 ※3
6:悪性腫瘍による入院
7:シャント関連の入院
8:その他入院

※　複数回ある場合には全て記入してください。
※　予定されていた検査入院はイベントに含めません。
※1　入院の有無に関わらず、骨折日を入院日欄に記載してください。
※2　四肢切断に指切断は含めません。
※3　コロナによる入院も対象になります。

種別(1～8)	その他入院の目的/感染症の詳細 骨折・悪性腫瘍の部位	入　院　日(西暦)	退　院　日(西暦)
		_____年____月____日	_____年____月____日
		_____年____月____日	_____年____月____日
		_____年____月____日	_____年____月____日
		_____年____月____日	_____年____月____日
		_____年____月____日	_____年____月____日

- 運動算定の有無: ☐なし ☐あり(西暦)_____年____月____日 開始～_____年____月____日 終了
- 車いすの使用の有無: ☐なし ☐あり(西暦)_____年____月____日
- クリニカルフレイルスケール: ● 2021年1月(____) ● 2024年1月・追跡終了時(____) ※ 別冊参照
- 生活活動度: ● 2021年1月(____) ● 2024年1月・追跡終了時(____) ※ 別冊参照

2.運動 ※本研究では、レジスタンス運動または有酸素運動を運動として扱います（ストレッチは含まず）

		2021年1月	2022年1月	2023年1月	2024年1月
透析日監視下運動	1回の時間（分）				
	週の回数（回/週）				
	有酸素運動	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし
	レジスタンス運動（上肢）	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし
	レジスタンス運動（下肢）	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし	□あり＿＿分（週） □なし
		2021年1月～12月	2022年1月～12月	2023年1月～12月	
	運動していた期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	
非透析日		2021年1月	2022年1月	2023年1月	2024年1月
	週の回数（回/週） ※1回20分以上の運動に限ります	□不明 □なし □あり（＿＿＿＿）	□不明 □なし □あり（＿＿＿＿）	□不明 □なし □あり（＿＿＿＿）	□不明 □なし □あり（＿＿＿＿）

3.身体機能・運動能力

	2021年1月 （2020年7月～2021年6月）	2022年1月 （2021年7月～2022年6月）	2023年1月 （2022年7月～2023年6月）	2024年1月 （2023年7月～2024年6月）
握力右（kg）				
握力左（kg）				
下腿周囲径（cm）（最大径）				
片脚立位時間（秒）				
快適歩行速度（m/秒）				
5回椅子立ち座り時間（秒）				
SPPB/合計点数				
SPPB/バランステスト				
SPPB/歩行テスト				
SPPB/立ち上がりテスト				
通院方法 ※下より選択	1 ・ 2 ・ 3	1 ・ 2 ・ 3	1 ・ 2 ・ 3	1 ・ 2 ・ 3

1. タクシーやシャトルバスなど他人に依存　2. 自立しているが身体活動は必要としない（自分の運転等）
3. 自立して身体活動を必要とする（公共交通機関、徒歩など）

介護度 ※下より選択	0・1・2・3・4・5・6・7	0・1・2・3・4・5・6・7	0・1・2・3・4・5・6・7	0・1・2・3・4・5・6・7
0：自立　1：要支援1　2：要支援2　3：要介護1　4：要介護2　5：要介護3　6：要介護4　7：要介護5				
透析中・透析後の栄養補助食品の処方 （※）定時食以外	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
透析中の栄養補助点滴（アミノ酸・ブドウ糖点滴等）	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
	2021年1月～12月	2022年1月～12月	2023年1月～12月	
栄養指導 管理栄養士による指導に限ります	□あり＿＿回（年） □なし	□あり＿＿回（年） □なし	□あり＿＿回（年） □なし	

4.透析情報

	2021年1月	2021年7月	2022年1月	2022年7月	2023年1月	2023年7月	2024年1月
受診時間	午前/午後/夕方	午前/午後/夕方	午前/午後/夕方	午前/午後/夕方	午前/午後/夕方	午前/午後/夕方	午前/午後/夕方
透析時間（分）							
血液流量							
膜面積							
透析種類	HD/HDF/PD 他（　　）	HD/HDF/PD 他（　　）	HD/HDF/PD 他（　　）	HD/HDF/PD 他（　　）	HD/HDF/PD 他（　　）	HD/HDF/PD 他（　　）	HD/HDF/PD 他（　　）

5.薬剤情報

	2021年1月	2021年7月	2022年1月	2022年7月	2023年1月	2023年7月	2024年1月
ACE/ARB/ARNI	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
MRB	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
CCB	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
αブロッカー	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
βブロッカー	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
利尿薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
スタチン	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
尿酸降下薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
リン吸着薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
カリウム吸着薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
活性型ビタミンD製剤（内服/注射）	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
カルシミメティクス（内服/注射）	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
抗不整脈薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
チラージン	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
抗血小板薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
抗凝固薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
PPI	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
骨粗鬆薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
インスリン	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
経口血糖降下薬/GLP-1	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
睡眠薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
HIF-PH阻害薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
鉄剤	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし

- ESA：1か月間に注射した量を記入して下さい。　1月に複数ある場合は複数記入して下さい

	2021年1月		2021年7月		2022年1月		2022年7月		2023年1月		2023年7月		2024年1月	
例	ネスプ ネスプ	30μg 30μg												
ESA		μg μg μg μg μg		μg μg μg μg μg		μg μg μg μg μg		μg μg μg μg μg		μg μg μg μg μg		μg μg μg μg μg		μg μg μg μg μg