

高齢者高血圧コホート研究

登録申請票

記入日 20 年 月 日

病院名		科名	
フリガナ		貴施設における 研究代表者名	
担当医	印		
FAX番号			

対象者情報

イニシャル	姓	名	性別	男	女	施設患者ID (任意記入)	
生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	生まれ

適格基準チェック欄 「いいえ」がひとつでもあれば、登録できません

1) 長期観察が可能であり、認知機能に障害がない	はい	いいえ
2) 高血圧加療中である または、高血圧未治療の場合、異なる2日間で、収縮期血圧 140mmHg and/or 拡張期血圧90mmHg であった	はい	いいえ

除外基準チェック欄 「はい」がひとつでもあれば、登録できません

1) 服用降圧薬が明確ではない無作為治験の管理下にある	いいえ	はい
2) 悪性新生物、閉塞性肺疾患、関節リウマチのうちいずれかがあり、長期服薬治療中である	いいえ	はい
3) 登録時血清クレアチニン2.5mg/dl以上	いいえ	はい
4) 持続性または発作性の心房細動・心房粗動の既往がある、または治療中である	いいえ	はい
5) 何らかの治療を必要とする弁膜症を有する	いいえ	はい
6) インスリン治療を行っている	いいえ	はい
7) 脳血管障害の既往がある、または治療中である	いいえ	はい
8) 狭心症・心筋梗塞の既往がある、または治療中である	いいえ	はい
9) 閉塞性動脈硬化症の既往がある、または治療中である	いいえ	はい
10) (解離性)大動脈瘤の既往がある、または治療中である	いいえ	はい
11) 二次性高血圧患者と診断されている	いいえ	はい
12) その他、研究を行うにあたり、不適当と考えられる	いいえ	はい

登録申請票は、ご記入後、事務局にFAXをお願いします。

高齢者 高血圧研究事務局	FAX番号: 03 - 5297 - 6259	TEL番号: 03 - 5297 - 6258
	受付 : 月曜日 ~ 金曜日 9:00 ~ 17:00 (土日、祝祭日を除く)	
	時間外にもFAXは送信いただけます。	

事務局 記入欄

登録票受領日	20 年 月 日	登録年月日	20 年 月 日
事務局担当者		登録番号	