

ID _____ 名前 _____ 職業 _____

●現在通院中の医療機関はありますか？

なし あり → おくすり手帳をご提出ください。

病院名診療科(_____)、治療中の病気(_____)

病院名診療科(_____)、治療中の病気(_____)

●これまでに下記の検査を受けたことがありますか？

なし 心臓超音波(エコー)検査 運動負荷検査 ホルター24時間心電図心臓カテーテル検査 冠動脈(心臓)CT検査 造影剤を使用した検査

受けた施設名と結果:

●下記の質問にお答えください。

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(_____)
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 一度も吸ったことはない <input type="checkbox"/> 今も吸っている(1日____本、____歳～現在まで____年間) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(1日____本、____歳～____歳まで____年間)
アルコール習慣的摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→週に____日(1日に何をどのくらい:_____)
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(西暦____年____月から) → 内服あり・内服なし
脂質異常症 (高LDL・高中性脂肪・低HDL)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(西暦____年____月から) → 内服あり・内服なし
高血圧症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(西暦____年____月から) → 内服あり・内服なし
その他既往歴	その他治療歴を含む疾患(記入例:狭心症 60歳 医療センターにてカテーテル手術)
家族歴 血縁関係のある方に右の病気があればチェックして具体的に記載して下さい。 (※記入例 ☑心筋梗塞(父 60歳))	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 突然死(____歳) <input type="checkbox"/> 狭心症(____歳) <input type="checkbox"/> 心筋梗塞(____歳) <input type="checkbox"/> 心臓病(____歳) <input type="checkbox"/> 脳梗塞(____歳) <input type="checkbox"/> 脳出血(____歳) <input type="checkbox"/> くも膜下出血(____歳) <input type="checkbox"/> 脳卒中(____歳) <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症(____歳) <input type="checkbox"/> 大動脈瘤(____歳) <input type="checkbox"/> 大動脈解離(____歳)

●以下の質問にお答えください。

これまでに突然意識を失った経験がありますか？

なし あり→どのような状況だったか詳しく書いてください(いつ頃、前兆症状など)

()

これまでに心電図検査で異常を指摘されたことがありますか？

なし あり→所見()

動悸・不整脈の自覚症状

なし あり →ありの場合は【質問 1】へ

めまい・ふらつきの自覚症状

なし あり →ありの場合は【質問 2】へ

【質問 1】 動悸・不整脈

いつから出るようになりましたか？ → 西暦_____年_____月_____日

どのような症状ですか？

脈拍がいつもはやい 脈拍が一過性にはやくなる 脈がときどきぬける

脈拍がバラバラ不規則にうつ 脈拍数は普通だがドクン、ドクン強く感じる

その他→具体的に()

強さはどのくらいですか？

脈をとればわかる(とらなければわからない)

夜中や静かにしている時になら自覚できる

脈に触れなくても、明らかな自覚症状がある(軽度～中等度)

耐えられないほど強い症状がある

その他→具体的に()

どのくらいの時間続きますか？

瞬間的 1分間以内 _____分間くらい _____時間くらい それ以上()

症状がある際の脈拍をはかったことはありますか？

ない ある →1分間あたり_____回

頻度はどのくらいですか？

初めて 1日に_____回 週に_____回 月に_____回 年に_____回

その他()

【質問 2】 めまい・ふらつき

どのような症状ですか？

天井がぐるぐる回って吐き気がする ふらふらしてまっすぐ歩けない

立ち上がった時、頭の向きを変えたりしたときにくらっとする 足腰に力が入らず起き上がれない

しっかり立っていることが出来ず倒れそうになる 一瞬意識が遠のく感じがして倒れそうになる

一瞬目の前が真っ暗になる その他()

いつから出るようになりましたか？ → 西暦_____年_____月_____日

頻度はどのくらいですか？

初めて 1日に_____回 週に_____回 月に_____回 年に_____回

その他()