

95 遺伝性QT延長症候群 臨床調査個人票

(2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)		
氏 名								
住 所	郵便番号 電話 ()				出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県		
発病年月	年 月 (満 歳)	初診年月日	年 月 日		保 険 種 別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後		
身障手帳	1.あり (等級__級) 2.なし	介 護 保 険	1.あり (要介護度__)		2.要支援 3.なし			
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ())					初回認定年月		
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)					年 月		
家 族 歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合 (続柄)		受 診 状 況 (最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (__/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他 ()				
治療と経過 (具体的に記述)								
治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ())								
該当の□に✓印を記入してください。()内は選択、あるいは詳細を記載してください。 部には測定値を記入してください。								
1 病型 <input type="checkbox"/> Romano-Ward 症候群 (常染色体優性遺伝) <input type="checkbox"/> Jervell-Lange-Nielsen 症候群 (常染色体劣性遺伝・先天性聾啞を伴う。) <input type="checkbox"/> Anderson 症候群 (常染色体優性遺伝) <input type="checkbox"/> Timothy 症候群 <input type="checkbox"/> 特発性 QT 延長症候群								
2 心電図所見 (最近1年間で実施していれば記載してください。) QTc _____ msec (QT 間隔 _____ 秒 RR 間隔 _____ 秒) Torsades de pointes (有・無) 交互性 T 波 (T wave alternans) (有・無) Notched T 波 (3誘導以上) (有・無) 脈拍 _____ /sec → 徐脈 (有・無) その他の心電図所見 ()								
3 最近1年の症状 失神発作 (有・無) 有の場合→ストレスに伴う失神発作 (有・無) その他の症状 ()								
4 治療内容について記載してください。 ① 直近6か月の薬物治療実施の有無 <input type="checkbox"/> 1.あり → 具体的な治療内容 (使用薬、開始時期、反応性など) について、②に記載してください <input type="checkbox"/> 2.なし → 最近1年間の治療内容及び今後の治療予定等について、②に記載してください。 ② 治療内容又は治療予定等 ----- ----- ----- ③ 植込み型除細動器 (ICD) 治療について <input type="checkbox"/> 1.実施済み → 実施年月日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2.今後、実施予定 → 具体的な治療予定について、④に記載してください。 <input type="checkbox"/> 3.現時点では、実施予定なし ④ 治療予定等 ----- ----- -----								

