

* 脳画像で陳旧性の梗塞や出血が認められ、過去の医療情報がある場合のみ太枠の中を記載してください。
 記入方法は、表面と同様です。複数回の医療情報がある場合は、お手数ですが、それぞれについて記入してください。

| 医療機関確認結果 | | * 該当する項目に・をつけてください | |
|---|--|--|---|
| 1. 発症の時期 | | | |
| 発症年月日: _____年____月____日 → | | <input type="checkbox"/> 初発 | <input type="checkbox"/> 再発 |
| 2. 病型の種類: <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 病型不明の脳卒中 | | | |
| 3. 上記疾患に対してCTまたはMRI実施の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 4. 責任病巣の部位:・は複数可 | | | |
| 1)脳出血の場合 | | <input type="checkbox"/> 被殻 | <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 皮質下 <input type="checkbox"/> 脳室内 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 橋 <input type="checkbox"/> その他 / <input type="checkbox"/> 部位情報なし |
| 2)脳梗塞の場合 | | <input type="checkbox"/> 基底核領域 (被殻、淡蒼球、内包、尾状核) | <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 放線冠、傍側脳室 <input type="checkbox"/> 分水嶺 <input type="checkbox"/> 前大脳動脈皮質枝領域 <input type="checkbox"/> 中大脳動脈皮質枝領域 <input type="checkbox"/> 後大脳動脈皮質枝領域 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 橋 <input type="checkbox"/> 延髄 <input type="checkbox"/> その他 () / <input type="checkbox"/> 責任病巣不明 / <input type="checkbox"/> 部位情報なし |
| 5. 脳梗塞の場合の下記についての有無: | | | |
| 心房細動(一過性含む) | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診療録に記載なし |
| 出血性脳梗塞 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診療録に記載なし |
| その他の塞栓源() | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診療録に記載なし |
| 6. 「確実な脳卒中」との診断の可否: | | | |
| <input type="checkbox"/> 確実な脳卒中 | | <input type="checkbox"/> 可能性のある脳卒中(データ不備な脳卒中) | |

| ID 住所 氏名 生年月日 | 本人の回答 | | 医療機関確認結果 * 該当する項目に・をつけてください |
|------------------------|------------|------------|--|
| | 病名 発症年齢 | 受診 医療機関 | |
| | | | <p>1. 受診の有無 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞での受診あり <input type="checkbox"/> 狭心症での受診あり <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症での受診なし 「心筋梗塞での受診あり」の場合は下記の記入をお願いします。</p> <p>2. 発症・死亡の時期 発症年月日: ____年__月__日 → <input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発 死亡年月日: ____年__月__日</p> <p>3. A～Dについて該当するものを選択してください A 症状: <input type="checkbox"/> 定型的 <input type="checkbox"/> 非定型的 <input type="checkbox"/> その他の症状 B 心電図異常の状況: <input type="checkbox"/> 確実 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 心電図上に異常 Q 波、ST-T 異常が記録されていない <input type="checkbox"/> 心電図記録なしまたは不明 C 心筋逸脱酵素上昇の状況: <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 異常値に達しない <input type="checkbox"/> 測定なしまたは不明 D 剖検による心筋梗塞の確実な所見: <input type="checkbox"/> 確実な所見あり <input type="checkbox"/> 可能性のある所見あり <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患の所見なしまたは剖検なし E 虚血性心疾患の既往歴(陳旧性心筋梗塞、労作性狭心症または有意な冠動脈狭窄・閉塞)の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *「あり」で過去の医療情報がある場合は、裏面の記入もお願いします。</p> <p>4. 下記に該当する場合は・をつけて下さい <input type="checkbox"/> 急性期の冠動脈造影検査により、冠血栓の確認、または心電図異常の部位に一致した冠閉塞または実測 75%以上の狭窄がある。 <input type="checkbox"/> 定型または非定型症状があり、新エコーで心電図異常部位に一致した局在的な壁運動異常がある。 <input type="checkbox"/> 突然死症例で、CT や剖検によって確認された心破裂がある。</p> |

虚血性心疾患の既往歴(陳旧性心筋梗塞、労作性狭心症または有意な冠動脈狭窄・閉塞)があり、過去の医療情報がある場合のみ太枠の中を記入してください。

記入方法は、表面と同じです。複数回の医療情報がある場合は、お手数ですがそれぞれについて記入してください。

| 医療機関確認結果 | * 該当する項目に・をつけてください |
|--|--------------------|
| 1. 受診の有無 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞での受診あり <input type="checkbox"/> 狭心症での受診あり <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症での受診なし 「心筋梗塞での受診あり」の場合は下記の記入をお願いします。 | |
| 2. 発症の時期 発症年月日: ____年__月__日 → <input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発 | |
| 3. A~Dについて該当するものを選択してください A 症状: <input type="checkbox"/> 定型的 <input type="checkbox"/> 非定型的 <input type="checkbox"/> その他の症状 B 心電図異常の状況: <input type="checkbox"/> 確実 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 心電図上に異常 Q 波、ST-T 異常が記録されていない <input type="checkbox"/> 心電図記録なしまたは不明 C 心筋逸脱酵素上昇の状況: <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 異常値に達しない <input type="checkbox"/> 測定なしまたは不明 D 虚血性心疾患の既往歴(陳旧性心筋梗塞、労作性狭心症または有意な冠動脈狭窄・閉塞)の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 4. 下記に該当する場合は・をつけて下さい <input type="checkbox"/> 急性期の冠動脈造影検査により、冠血栓の確認、または心電図異常の部位に一致した冠閉塞または実測 75%以上の狭窄がある。 <input type="checkbox"/> 定型または非定型症状があり、新エコーで心電図異常部位に一致した局在的な壁運動異常がある。 | |