

学校心臓検診問診票

すべての質問についてお子さんご本人ではなく、**保護者の方がご記入**を是非お願いいたします。

学校名	学校	年	組	番	男・女
ふりがな		20	年	月	日生
氏名					歳

質問 1	今までに心臓に病気があると言われたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※はいの方は①～③の設問すべての記入をお願いします				
① 病名	<input type="checkbox"/> 先天性心疾患 ▶(医療機関名:) 手術またはカテーテル治療を受けた場合 ▶(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 不整脈・心電図異常 <input type="checkbox"/> 心筋疾患 <input type="checkbox"/> 心雑音、その他の異常	▶病名 (わかる範囲でご記入ください) ()			
② 心エコー検査	<input type="checkbox"/> 受けた ▶(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明				
③ 現在の状況	<input type="checkbox"/> 定期受診中 ▶(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 定期受診が必要と言われているが受診していない ▶(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 定期受診は不要と言われた ▶(医療機関名:)				
質問 2	今までに「川崎病」にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
発症 (20 年)	<input type="checkbox"/> 定期受診中である ▶ <input type="checkbox"/> 冠動脈異常なし <input type="checkbox"/> 冠動脈異常あり				
最終受診 (20 年)	<input type="checkbox"/> 定期受診が必要と言われたが、受診していない <input type="checkbox"/> 定期受診は終了した				
質問 3	今までに以下のような症状がありましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
<input type="checkbox"/> 何もしないのに心臓が急にドキドキすることがあった (心拍数がいつもの倍ほど) <input type="checkbox"/> 脈がとぶことがある <input type="checkbox"/> 突然倒れたり、気を失ったことがある (てんかん、神経系の病気を除く) <input type="checkbox"/> 胸が痛くなったり、しめつけられるように苦しくなることがある <input type="checkbox"/> 階段を普通の速さでのぼると、動悸や息切れがする					
質問 4	血縁者 (お子さんの両親、きょうだい、祖父母、おじ、おば) の中に以下の疾患と診断された方は <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いますか				
<input type="checkbox"/> 心筋症 ※心筋梗塞とは異なります (続柄:) <input type="checkbox"/> 肺高血圧症 ※肺動脈圧が高い状態で、高血圧とは異なります (続柄:) <input type="checkbox"/> 重症不整脈 (QT 延長など) (続柄:) <input type="checkbox"/> 大動脈拡張症または大動脈瘤 (続柄:) ▶詳細をわかる範囲でご記入ください ()					
質問 5	血縁者の中に <u>40 歳前後までに</u> 、心臓病または原因不明で急死もしくは急死に近い状態に <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい なった方がいますか				
例 死因: 不明 年齢: 4 歳 続柄: 弟	(死因:	年齢:	続柄:)	