

# 【疾患】★不整脈

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

<p>現在の状態</p> <p>症状の出現 ( )年( )月</p> <p>不整脈の種類</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 心室性期外収縮</li> <li><input type="checkbox"/> 心室頻拍</li> <li><input type="checkbox"/> torsade de pointes</li> <li><input type="checkbox"/> 心室細動</li> <li><input type="checkbox"/> 洞頻脈</li> <li><input type="checkbox"/> 発作性心房細動</li> <li><input type="checkbox"/> 発作性心房粗動</li> <li><input type="checkbox"/> 持続性心房細動</li> <li><input type="checkbox"/> 持続性心房粗動</li> <li><input type="checkbox"/> 発作性上室性頻拍</li> <li><input type="checkbox"/> WPW症候群</li> <li><input type="checkbox"/> 心房性期外収縮</li> <li><input type="checkbox"/> 洞徐脈</li> <li><input type="checkbox"/> 洞停止</li> <li><input type="checkbox"/> 洞房ブロック</li> <li><input type="checkbox"/> 2度房室ブロック(Wenchebach型)</li> <li><input type="checkbox"/> 2度房室ブロック(Mobitz II型)</li> <li><input type="checkbox"/> III度房室ブロック</li> <li><input type="checkbox"/> その他 ( )</li> </ul> <p>意識消失発作</p> <p>○ なし      ○ あり      ○ 不明      ○ 未入力</p> <p>基礎疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> なし</li> <li><input type="checkbox"/> 虚血性心疾患</li> <li><input type="checkbox"/> 弁膜症             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄</li> <li><input type="checkbox"/> 僧帽弁閉鎖不全</li> <li><input type="checkbox"/> 大動脈弁狭窄</li> <li><input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖不全</li> <li><input type="checkbox"/> 三尖弁狭窄</li> <li><input type="checkbox"/> 三尖弁閉鎖不全</li> <li><input type="checkbox"/> 肺動脈弁狭窄</li> <li><input type="checkbox"/> 肺動脈弁閉鎖不全</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 心筋症             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 拡張型心筋症</li> <li><input type="checkbox"/> 肥大型心筋症</li> <li><input type="checkbox"/> 拘束型心筋症</li> <li><input type="checkbox"/> その他 ( )</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患</li> <li><input type="checkbox"/> QT延長症候群</li> <li><input type="checkbox"/> Brugada症候群</li> <li><input type="checkbox"/> 心臓手術 ( )</li> <li><input type="checkbox"/> その他 ( )</li> <li><input type="checkbox"/> 不明</li> </ul>	<p>経年</p> <p>更新情報があるとき</p> <p>症状の出現毎</p> <p>症状の出現毎</p> <p>症状の出現毎</p>
<p>治療</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 薬物療法</li> <li><input type="checkbox"/> ペースメーカーの装着</li> <li><input type="checkbox"/> 植え込み型除細動器の装着</li> <li><input type="checkbox"/> カテーテルアブレーション</li> <li><input type="checkbox"/> 治療なし</li> <li><input type="checkbox"/> 不明</li> <li><input type="checkbox"/> その他 ( )</li> </ul>	<p>経年</p>