

【疾患】★心不全

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

症状の出現 ()年()月 治療前のNYHA心機能分類 <input type="radio"/> NYHA I度 <input type="radio"/> NYHA IIM度 <input type="radio"/> NYHA IIS度 <input type="radio"/> NYHA III度 <input type="radio"/> NYHA IV度 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 未入力	経年 更新情報があるとき 症状の出現毎
現在のNYHA心機能分類 <input type="radio"/> NYHA I度 <input type="radio"/> NYHA IIM度 <input type="radio"/> NYHA IIS度 <input type="radio"/> NYHA III度 <input type="radio"/> NYHA IV度 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 未入力 症状 <input type="checkbox"/> 夜間発作性呼吸困難 <input type="checkbox"/> 起坐呼吸 <input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> その他 () 基礎疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 弁膜症	経年
<input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄 <input type="checkbox"/> 僧帽弁閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 大動脈弁狭窄 <input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 三尖弁狭窄 <input type="checkbox"/> 三尖弁閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁狭窄 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 心筋症 () <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓手術 () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	