

ID: _____ 氏名: _____ 受診日: _____ 年 月 日

受診科	<input type="checkbox"/> 救急外来(救急搬送)	<input type="checkbox"/> 小児科
	<input type="checkbox"/> 救急外来(walk in)	<input type="checkbox"/> 心臓血管内科
	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 心臓外科
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 外勤・他院	<input type="checkbox"/> その他

対応	<input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 予定入院
	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 帰宅終診
	<input type="checkbox"/> 併科

前駆症状	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 眼前暗黒感
	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 嘔吐・吐気	<input type="checkbox"/> 腹部症状
	<input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> ふらつき
	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 冷汗	<input type="checkbox"/> 胸痛
		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 汗

身体所見	<input type="checkbox"/> 神経学所見有
	<input type="checkbox"/> 心収縮期雑音有
	<input type="checkbox"/> 貧血(結膜)有

状況・誘因	<input type="checkbox"/> 臥位	<input type="checkbox"/> 座位	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 咳・嘔下	<input type="checkbox"/> 入浴中、入浴後 <input type="checkbox"/> アルコール
	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 起立時	<input type="checkbox"/> 人混み	
	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 運転中	<input type="checkbox"/> 緊張	<input type="checkbox"/> 痛み	
	<input type="checkbox"/> 状況失神()	<input type="checkbox"/> 脱水			
	<input type="checkbox"/> その他()				

持続時間	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 30秒以内	<input type="checkbox"/> 数分
	<input type="checkbox"/> 10分程度	<input type="checkbox"/> それ以上	

T-LOC既往	<input type="checkbox"/> 初発	<input type="checkbox"/> 再発性()回(位)
		<input type="checkbox"/> ()回以上

外傷	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 打撲	<input type="checkbox"/> 軽度
	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 重傷or防御なし	<input type="checkbox"/> 交通事故
		部位()	

痙攣	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
-----------	---

既往	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	<input type="checkbox"/> 心筋症	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> 不整脈()
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患(狭心症)	
	<input type="checkbox"/> AT,AF	<input type="checkbox"/> 心疾患()	
	<input type="checkbox"/> 神経疾患	<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 肺塞栓
	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> その他()	

家族歴	<input type="checkbox"/> 無し
	<input type="checkbox"/> 突然死(<50才)
	<input type="checkbox"/> その他()

心電図異常	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> AF
	<input type="checkbox"/> 2枝ブロック	<input type="checkbox"/> QRS \geq 120ms	<input type="checkbox"/> J波
	<input type="checkbox"/> 徐脈<40	<input type="checkbox"/> QT延長	<input type="checkbox"/> 早期興奮症候群

<input type="checkbox"/> ε波	<input type="checkbox"/> AV block: モービッツor3度
<input type="checkbox"/> Brugada	

服薬	<input type="checkbox"/> 無し
	<input type="checkbox"/> 有り()

採血	<input type="checkbox"/> BNP(>200)
	<input type="checkbox"/> BGA-Lac > 2.0 or BE < -3
	Lac: _____, BE _____

機能・心エコー	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 心エコーEF:<40
	<input type="checkbox"/> その他所見()	

脳波	<input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 施行予定	<input type="checkbox"/> 済み
-----------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

他科受診	<input type="checkbox"/> 予定なし	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
		<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 心臓血管内科
	<input type="checkbox"/> 他院紹介		

有意所見を呈した検査結果:()

暫定診断(疑い)	<input type="checkbox"/> 反射性	<input type="checkbox"/> 起立性	<input type="checkbox"/> 徐脈性不整脈()	<input type="checkbox"/> 頻脈性不整脈()
	<input type="checkbox"/> 器質的心疾患()	<input type="checkbox"/> 肺塞栓, 肺高血圧()	<input type="checkbox"/> その他()	

コメント: ()

(サマリー直入力時不要 _____ 科; _____)

太文字ゴシック斜体赤文字は 心臓血管内科 Ist コール連絡 明朝体青文字は安全と思われる項目

ゴシック黄小文字は、精査必要なので心臓血管内科受診をお勧めください。

※使用する毎に前回使用時のサマリーを引用し、付け加える。時間経過した場合は、初診としても可

施行検査	<input type="checkbox"/> 頭部CT	<input type="checkbox"/> 頭部MRI	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> トレッドミル
	<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 心臓MRI	<input type="checkbox"/> ホルター	<input type="checkbox"/> 起立試験
	<input type="checkbox"/> EPS	<input type="checkbox"/> スバズム誘発	<input type="checkbox"/> CAG	<input type="checkbox"/> ティルト試験	
	<input type="checkbox"/> 植込み型心電計				