

## 失神の問診

(お名前) \_\_\_\_\_ (性別) 男・女 (年齢) \_\_\_\_\_ 歳

1. 最後に失神が起きた(気絶した)のはいつですか? \_\_\_\_\_ 年 月 日頃
  2. 今回の失神(気絶)以外にも同様の症状がありましたか?  
最初の症状 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 現在までの回数 \_\_\_\_\_ 回  
2年前からの回数 \_\_\_\_\_ 回 1年前からの回数 \_\_\_\_\_ 回  
6カ月間の回数 \_\_\_\_\_ 回
  3. どのくらいの時間失神(気絶)していたかわかりますか? \_\_\_\_\_ 分 \_\_\_\_\_ 秒程度
  4. 失神が起きる前に何をしていましたか?  
 立ちあがった直後に失神した  しばらく立った状態でいた( )分位  
 排便・排尿の直後  お酒を飲んでいて  
 食事の直後  咳をしていた  
 入浴中または入浴直後  腕を動かしていた  
 首を回したり、首の周りを刺激したりした  運動中(歩行を含む)、運動直後  
 座っていた  精神的にショックなことがあった。  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
  5. 失神が起きる前に次のような症状を感じましたか?  
 目の前が暗くなった  顔面蒼白  
 動悸  めまい  
 発汗  嘔気・嘔吐  
 倦怠感  腹痛などのお腹の症状  
 胸痛  頭痛  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
  6. 失神(気絶)時に痙攣がありましたか?  はい  いいえ
  7. 失神(気絶)から回復した後、嘔気や発汗がありましたか?  嘔気  発汗  なし
  8. 失神(気絶)したとき、転ぶなどして怪我をしましたか? どこかにぶつけたような痛みがありますか? また舌をかんだりはしませんでしたか?  
 怪我やぶつけたような痛みがある 部位 \_\_\_\_\_  なし
  9. 心臓の病気がありますか?  はい  いいえ
  10. 健康診断等で心電図異常を指摘されましたか?  はい  いいえ
  11. その他なにか病気をお持ちですか?  はい  いいえ
  12. 現在お薬を飲んでいますか?  はい  いいえ
- はいの方はご記入ください。  
( \_\_\_\_\_ )
13. そのほか何か特別な事、医師に伝えたいことがありましたらここにお書きください。

当院をどちらでお知りになりましたか？ \_\_\_\_\_

現在までのこの症状でどちらかの医療機関を受診されていますか？

\_\_\_\_\_

最後になりますが、失神の診療については現在、日本をはじめ世界で研究がおこなわれていますが、なお不明な点が少なからず残っています。通常の診療における、診断の医学的な情報が個人情報<sub>を</sub>隠した形で会議、学会誌等で発表される場合や他施設と共同で研究のために提供される場合があります。ご同意いただけますか？

同意する、  同意しない