

医療機関確認調査票

脳血管疾患

宛名ID 住所 氏名 (生年月日)	本人の回答		医療機関確認結果	
	病名・発症 年齢	受診医 療機関	(疾患名:該当する番号、種類に○をつけてください)	
			1 脳卒中 1)種類(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・その他) 2)上記疾患に対してCT・MRIの実施(有・無) 3)部位 脳出血:被殻・視床・皮質下・脳室内・小脳・その他・部位情報なし 脳梗塞:基底核領域(被殻・淡蒼球・内包・尾状核)・視床・放線冠・傍側脳室 分水嶺・前大脳動脈皮質枝領域・中大脳動脈皮質枝領域 後大脳動脈皮質枝領域・小脳・橋・延髄・その他・部位情報なし 4)別添の診断基準に合致し確実な例と診断できるか 確実な脳卒中 可能性のある(データ不備例)脳卒中 2 上記疾患での受診はない	発症年月日 平成 年 月 日 初発・再発

心疾患

宛名ID (生年月日)	住所	氏名	本人の回答		医療機関確認結果	
			病名・発症年齢・状況	受診医療機関	(疾患名:該当する番号、種類に○をつけてください)	発症年月日
					1. 狭心症 2. 心筋梗塞 3. 上記疾患での受診はない ※疾患ありの場合は以下にもお答えください A 胸痛(1. 定型的 2. 非定型的 3. その他) B 心電図異常(1. 確実 2. 不確実 3. その他) C 心筋逸脱酵素上昇 (1. 異常 2. 異常値に達しない 3. 測定なし)	平成 年 月 日 初発・再発

骨折

宛名ID (生年月日)	住所	氏名	本人の回答		医療機関確認結果	
			骨折部位・発症年齢	受診医療機関	(疾患名:該当する番号に○をつけてください) 骨折部位と外傷性の別をご記入ください	発症年月日
					1. 骨折 (部位:) 外傷性 ・ 非外傷性 2. 骨折での受診はない	平成 年 月 日 初発・再発