

# QT 延長症候群調査用紙

御施設名 ( ) 報告者ご芳名 ( ) 記入日 ( )

## 患者情報

- A. イニシャル ( )  
B. 生年月日 西暦 年 月 日  
C. 性別 男 女  
D. Status Proband Family Member (Proband との関係: )

## 臨床情報

### E. 失神発作

( $\beta$ -blocker 非内服下) : 有 (初回失神発作年齢: \_\_\_\_才) 無  
誘因 運動中 水泳中 音刺激 妊娠中  
安静睡眠時 薬剤性 低カリウム その他  
(発作出現時の状況・内服中薬剤: \_\_\_\_\_)

### F. 心停止、心室細動

( $\beta$ -blocker 非内服下) : 有 (初回心停止、VF年齢: \_\_\_\_才) 無  
誘因 運動中 水泳中 音刺激 妊娠中  
安静睡眠時 薬剤性 低カリウム その他  
(発作出現時の状況・内服中薬剤: \_\_\_\_\_)

- G. TdP (*Torsade De Pointes*) 確認 無 有 (心電図の添付をお願い致します。)  
H. 交替性 T 波確認 無 有 (T 波形については判断困難の場合は  
I. ノッチ T 波確認 無 有 空欄として下さい。)  
J. 徐脈 無 有  
K. 聾 無 有  
L. QT 延長症候群の家族歴  
家族歴ありの場合、具体的の家族構成等お知らせ下さい

