

臨床研究「健常小児におけるCardio-Ankle Vascular Index (CAVI)を用いた血管機能評価」

アンケート

受付番号 _____

研究へのご協力ありがとうございます。CAVI検査の際に本アンケートをご提出ください。
該当する解答欄にチェックを入れ、該当する項目では詳細を記入してください。

記入日 年 月 日

(フリガナ)		生年月日	西暦	年	月	日生
氏名	男・女		(歳)			
(フリガナ)		身長	cm			
保護者氏名	続柄 ()	体重	kg			
質 問 事 項						
1. 最近病気にかかりましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」にチェックを入れた方は以下を記入してください) 病名など記入してください。(病名 かつた日)						
2. 常用薬や最近飲んだおくすりはありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (「あり」にチェックを入れた方は以下を記入してください) おくすりのお名前 ()						
3. 今までに、心臓の病気にかかったり、学校心臓検診で異常を指摘されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (「あり」にチェックを入れた方は以下を記入してください) 病名や異常の内容を記入してください。()						
4. 以下の血管炎の病気にかかったことがありますか(治療中も含めます)。 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> アレルギー性紫斑病(IgA血管炎) <input type="checkbox"/> 高安動脈炎						
5. 以下の血液腫瘍疾患にかかったことがありますか(治療中も含めます)。 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 固形腫瘍						
6. 以下の病気にかかったことはありますか(治療中も含めます)。 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧症/調節障害						
7. 体育の授業以外で、週に平均で何日運動をしますか。 <input type="checkbox"/> 1日未満 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~5日 <input type="checkbox"/> 6日以上						
8. 1日の平均睡眠時間を教えてください(昼寝も含めます)。 約 () 時間						
9. 両親、同胞についてお聞きします。以下の病気に該当する方はいらっしゃいますか <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病(病名:)						
10. 女児/女性の方にお伺いします。月経はありますか。 <input type="checkbox"/> はい (初潮年齢 : 歳) <input type="checkbox"/> いいえ						