

# 受付票 兼 同意書 (REGISTRATION and AGREEMENT Form)

## 臨床研究等情報利用ご協力をお願い

医療法人 CVIC では、心臓特化型画像センターを中心に、心血管病を中心とした、診断精度、画像診断技術向上のための臨床研究・共同開発等を継続的に実施しております。当法人にて撮影した画像及び付随する臨床情報等は、個人を特定出来ない形で匿名化などを行い、医療技術の進歩に結びつく研究・機器開発目的等に利用させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。

## INFORMED CONSENT FOR CLINICAL STUDIES

As a cardiovascular specialized imaging center, Cardiovascular Imaging Clinic (CVIC) group is constantly striving to improve diagnostic performance and those technologies by conducting multiple clinical studies. We use your images and clinical data anonymously (unknown by name) for clinical studies and software and device development. Please agree with the participation in studies for the prevention of cardiovascular disease.

医療法人社団 CVIC 理事長 (Chairman of CVIC Medical Corporation)  
寺島正浩 (Masahiro Terashima) MD, PhD, FACC



医療法人社団 CVIC  
東京都新宿区新小川町 1-14 飯田橋リープレックスビズ 4F

CVIC ID :

フリガナ			
名前	様 ( 男 (MALE) ・ 女 (FEMALE) )		
生年月日	大正・昭和・平成 年 (西暦)	YYYY 年	MM 月 DD 日 (Age 歳)
郵便番号			
住所			
Cell Phone 電話 (携帯)		Phone Home 電話 (自宅)	
E-mail メールアドレス			
Visiting History 来院履歴	First Visit 初診 (初めての方) ・ Revisit 再診 (2回目以降の方)		

上記内容に同意します。(I agree with INFORMED CONSENT FOR CLINICAL STUDIES of CVIC.)

Your own Signature

受診者署名 (本人自署) :

Date

日付 :

— 上記受診者の代理署名として (per procuracionem for above person or patient) —

p.p. Print Name

代諾者氏名 (氏名) :

Relationship/Company name etc.

続柄 / 所属 :

p.p. Signature

代諾者署名 (代諾者署名) :

Date

日付 :

拼音 NAME		男	出生年月日	年	月	日
姓名		女	年齢			岁

- 1 有患有心脏病的亲属吗? ご家族に心臓病の人はいますか? [ 有 はい | 无 いいえ ]  
 [ 祖父 祖父 | 祖母 祖母 | 父亲 実父 | 母亲 実母 | 兄弟 兄弟 | 姐妹 姉妹 ]  
 身边有突然去世的亲属吗? また、ご家族に突然亡くなられた方はいますか? [ 有 はい | 无 いいえ ]
- 2 是否被医院指出过有以下情况? 下記事項について言われたことがありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 [ 高血压 高血圧 | 高胆固醇 高コレステロール | 中性脂肪 中性脂肪 | 糖尿病 糖尿病 ]  
 正在服药吗? 薬は飲んでいますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]
- 3 是否曾被诊断为以下疾病? 下記の診断をされたことはありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]

心肌梗塞   心绞痛   脉率不齐   瓣膜症   先天性心脏病   肺栓塞   深部静脉血栓症
心筋梗塞   狭心症   不整脈   弁膜症   先天性の疾患   肺塞栓   深部静脈血栓症
脑疾病   肾脏病   青光眼   哮喘 ( <input type="checkbox"/> 现在治疗中   <input type="checkbox"/> 只是小儿哮喘 )
脳疾患   腎臓病   緑内障   喘息   現在治療中   小児喘息のみ
- 4 是否接受过心脏导管检查、心脏手术等? 過去に心臓手術をうけたことがありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]

心脏导管检查   人工瓣膜   植入心脏起搏器   支架治疗   大动脉瘤   脉率不齐治疗   其他
心臓カテーテル   人工弁   ペースメーカー植込   スtent治療   大動脈瘤   不整脈治療   その他
- 5 是否有过敏史? アレルギーはありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 [ 花粉症 花粉症 | 药物 薬剤 | 食物 食べ物 | 其他 その他 ] 具体为 具体的に: [ ]
- 6 吸烟吗? タバコを吸う習慣はありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 现在一天 [ ] 根 [ ] 年了。或 [ ] 年前开始戒烟、戒烟前一天 [ ] 根  
 現在1日に [ ] 本 [ ] 年間吸っている。または [ ] 年前に禁煙、それまでは1日に [ ] 本
- 7 喝酒吗? お酒を飲む習慣はありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 [ 基本每天 | 经常 | 偶尔 ] → 种类: [ ]、大概一周喝 [ ] 天  
 ほぼ毎日 | ときどき | おつきあい程度 | 種類 [ ]、週にだいたい [ ] 日くらい飲む
- 8 平时有运动的习惯吗? 普段運動の習慣はありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 [ 内容: ] 频率 頻度: [ ] 次回 / [ ] 月 | 周 | 日 ]  
 另外、一天里主要的活动为哪种? また、1日の主な活動(動作)について教えてください。  
 [  办公室工作(坐着工作)较多 [ ] 小时 |  身体劳作(站着工作)较多 [ ] 小时 ]  
 デスクワーク(座って作業)が多い [ ] 時間 | 身体を動かすこと(立ち作業)が多い [ ] 時間
- 9 是否有幽闭恐惧症? 閉所恐怖症(せまいところが苦手)ですか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 另外、身体内是否有金属? また、体内に金属はありますか?  
 [ 种植牙 インプラント | 假牙 入れ歯 | 支架 スtent | 其他 その他: [ ] ]
- 10 是否有胸口疼痛、胸口沉重、呼吸困难的症状? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 胸の痛みや重い感じ、息苦しい感じがありますか?  
 从何时开始? それはいつから? [ ] 年前 年前 | 个月前 ヶ月前 | 天前 日前  
 ・发病频率 頻度: [ 偶尔 時々 / 一个月 1か月 [ ] 次回 | 经常よくある / 一周 1週間 [ ] 次回 | 每天 毎日 ]  
 ・发病程度 程度: [ 轻度 軽い | 中度 中くらい | 重度 強い ]  
 ・症状类别 症状: [ 压迫感 | 沉重感 | 紧迫感 | 针刺感 | 七上八下 | 阵痛感 | 胸口堵得慌 ]  
 圧迫感 | 重い | 締め付け | チクチク | ドキドキ | ズキズキ | 胸苦しい  
 ・何时易出现症状 時間帯: [ 早晨 早朝 | 上午 午前 | 下午 午後 | 深夜 深夜 | 无固定时间 時間関係なし ]  
 ・在何情况下易出现症状 起こるタイミング: [ 运动时 運動時 | 工作时 労作時 | 安静时 安静時 ] の情况较多 が多い  
 最近症状加剧了吗? 症状は最近ひどくなっていますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 是否有其他相关症状 他に関連する症状はありますか? [ 是 はい | 否 いいえ ]  
 [ 左肩痛 左肩痛 | 左腕痛 左腕痛 | 下巴/牙齿痛 顎・歯痛 | 冷汗 冷汗 | 恶心 吐き気 | 意识模糊 意識が遠くなる ]
- 11 关于睡眠 睡眠について  
 [ ] 点睡觉 時ごろ就寝、[ ] 点起床 時ごろ起床。睡眠质量 睡眠の質 [ 良好 良い | 普通 普通 | 较差 悪い ]
- 12 【女性】闭经 閉経 [ 是 している | 否 していない ] 怀孕的可能性 妊娠の可能性 [ 有 あり [ ] 周 ] | 无 なし ]