

# 高齢者高血圧コホート研究 転帰調査票

登録番号:

記入日 20 年 月 日

病院名		科名	
フリガナ		貴施設における 研究代表者名	
担当医	印		

## 対象者情報

イニシャル	姓	名	性別	男	女	施設患者ID (任意記入)	
生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	生まれ

転帰日	20 年 月 日 頃					
現在の転帰	この1年間での下記の疾患の発症について記入下さい					
疾患の発症状況						特記事項があれば記載ください
脳卒中	脳梗塞	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明	
	脳出血	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明	
	くも膜下出血	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明	
狭心症	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明		
心筋梗塞	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明		
(解離性)大動脈瘤	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明		
閉塞性動脈硬化症	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明		
悪性新生物	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明		
大腿骨頸部骨折	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明		
その他の疾患 ( )	あり ( 致死性	非致死性)	なし	不明		

高齢者 高血圧研究事務局	FAX番号: 03 - 5297 - 6259	TEL番号: 03 - 5297 - 6258
	受付 : 月曜日 ~ 金曜日 9:00 ~ 17:00 (土日、祝祭日を除く)	
	時間外にもFAXは送信いただけます。	