

紹 介 状 (診療情報提供書) (心不全早期診断用)

年 月 日

医療機関名 獨協医科大学日光医療センター
循環器内科

担当医 先生 御机下

住所 〒 - -

医療機関名：

TEL - - (内線)

医師名 _____ 印

フリガナ 患者氏名	様	登録番号 (カルテ番号)	
生年月日		性別	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 心機能精査を希望します 当日は待ち時間短縮のため、診察前に採血、心電図、胸部レントゲン、心臓超音波検査などの事前検査を受けていただく可能性があります		
病名	<input type="checkbox"/> 心不全 (疑いを含む)		
病状経過 検査所見 治療経過	<p>①心不全の危険因子がある</p> <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> 心筋症の家族歴 <input type="checkbox"/> 動脈硬化疾患(脳梗塞など) <input type="checkbox"/> 手根管症候群 <input type="checkbox"/> その他() <p>②検査で異常がある</p> <input type="checkbox"/> 採血で異常あり (<input type="checkbox"/> BNP \geq 35pg/ml <input type="checkbox"/> NT-proBNP \geq 125pg/ml) <input type="checkbox"/> 胸部レントゲンで異常あり (<input type="checkbox"/> 心拡大 <input type="checkbox"/> 胸水) <input type="checkbox"/> 心電図異常 <p>③診察で異常がある</p> <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他() <p>④症状がある</p> <input type="checkbox"/> 息切れ・呼吸苦 <input type="checkbox"/> その他() <p>⑤その他 ()</p>		
現在の処方	(別途資料添付でも可)		
備考			