* **済生会熊本病院 外来紹介センター行　FAX：096-351-8697 TEL：096-351-8321（直通）**

**【心不全メンテナンス外来　診療情報提供書（兼）受診依頼票】**

済生会熊本病院　心臓血管センター　循環器内科　　　　　　　　　　　先生

受診希望日①　　　年　　月　　日　受診希望日②　　　年　　月　　日　 □ 受診希望日は一任

記載日（西暦）：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貴医療機関名 |  | 診 療 科 |  |
| 住所 |  | 貴医師名 | 先生 |
| TEL　　　　　　　　　　　 FAX | ご担当者名 | 　　　　　　　　　　　　　　様 |

紹介患者情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 西暦　/　大・昭・平・令 | 年 齢 |
| 患者氏名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 才 |
| 現住所 | 〒 | 固定(　　　　）　　　 － |
|  | 携帯(　　　　）　　　 － |

以下、当てはまるものにþチェックをお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | □ 心不全薬物治療・非薬物治療の至適化□ 虚血性心疾患や弁膜症、拡張機能の評価（負荷心エコーなど）□ 運動耐容能や心臓リハビリテーションの適応評価、外来心臓リハビリテーションの導入□ 前心不全・心不全の発症のリスク評価　　　　　□その他( 　　　　　　　　 ) |
| 項目 | □ 心不全の危険因子がある　　□高血圧　□糖尿病　□慢性腎臓病　□心血管疾患既往(狭心症、心筋梗塞など)　　□肥満　□心筋症家族歴　□その他(　　　　　　 　　 )□ 診察・検査で異常がある□診察の異常(□聴診　□心雑音　□肺雑音　□浮腫)　　□血液検査の異常(□BNP≧35pg/ml　□NT-proBNP≧125pg/ml　□トロポニンT/I上昇　□その他(　　　　))　　□レントゲンの異常(□心拡大　□胸水　□異常陰影) □心電図の異常(□不整脈(　　　　　　 　　 )　□異常波形(　　　　　　 　　 ))　　□心エコーの異常(□EF低下　□壁厚異常　□弁膜症　□シャント疾患　□その他(　　　　　　 　　 ))　　□その他の検査異常(　　　　　　 　　 ) |
| 症状 | □あり　□なし例)息切れ、動悸　(　　　　　　　　　　　　　　) | 緊急度 | □早めに受診希望　□1週間以内に受診希望□患者さんの希望日を優先 |
| 既往歴 | ※可能な限り詳細にお願いします |
| 処方 |  |
| 予約連絡 | □患者さんへ直接連絡　※予約確定後に済生会熊本病院から紹介元医療機関様へご報告いたします。□紹介元医療機関様へ連絡（□患者さんお待ち / □ご帰宅） |
| 要望 |  |

患者さんへ下記のご説明をお願いします。

●お薬手帳の持参をお願いします。

●待ち時間短縮のため、診療前に血液検査、心電図、胸部レントゲン、心臓超音波などの事前検査を受けていただく可能性があります。