

【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<br>女 | 生年<br>月日 | 西暦 / 大□・昭□・平□・令□ |                                |   |  |   |  | 年 齢 |  |
|      | 患者氏名  |   |        |          | 年                |                                | 月 |  | 日 |  | 才   |  |
|      | 現 住 所 | 〒 |        |          |                  | 固定 (            )            ー |   |  |   |  |     |  |
|      |       |   |        |          |                  | 携帯 (            )            ー |   |  |   |  |     |  |

以下、当てはまるものに☑チェックをお願いします

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 心不全薬物治療・非薬物治療の至適化<br><input type="checkbox"/> 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)<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 前心不全・心不全の発症のリスク評価 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                                                                              |
| 項目   | <input type="checkbox"/> 心不全の危険因子がある<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患既往 (狭心症、心筋梗塞など)<br><input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 心筋症家族歴 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 診察・検査で異常がある<br><input type="checkbox"/> 診察の異常 ( <input type="checkbox"/> 聴診 <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 肺雑音 <input type="checkbox"/> 浮腫 )<br><input type="checkbox"/> 血液検査の異常 ( <input type="checkbox"/> BNP ≥ 35pg/ml <input type="checkbox"/> NT-proBNP ≥ 125pg/ml <input type="checkbox"/> トロポニン T/I 上昇 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )<br><input type="checkbox"/> レントゲンの異常 ( <input type="checkbox"/> 心拡大 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 異常陰影 )<br><input type="checkbox"/> 心電図の異常 ( <input type="checkbox"/> 不整脈 ( ) ) <input type="checkbox"/> 異常波形 ( ) )<br><input type="checkbox"/> 心エコーの異常 ( <input type="checkbox"/> EF 低下 <input type="checkbox"/> 壁厚異常 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> シャント疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )<br><input type="checkbox"/> その他の検査異常 ( ) |     |                                                                                                              |
| 症状   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>例) 息切れ、動悸 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 緊急度 | <input type="checkbox"/> 早めに受診希望 <input type="checkbox"/> 1週間以内に受診希望<br><input type="checkbox"/> 患者さんの希望日を優先 |
| 既往歴  | ※可能な限り詳細をお願いします                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                                                              |
| 処方   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                                                              |
| 予約連絡 | <input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 紹介元医療機関様へ連絡 ( <input type="checkbox"/> 患者さんお待ち / <input type="checkbox"/> 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。