

【動脈硬化メンテナンス外来 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☑チェックをお願いします

紹介目的	☐ 胸部症状精査 ☐ 精査既往あり（精査施行された病院名： _____） ☐ 精査既往なし		
	☐ 動脈硬化のリスクが多々ある ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 濃厚な家族歴 ☐ 濃厚な喫煙歴 ☐ 脳血管疾患既往歴 ☐ 末梢動脈疾患既往歴 ☐ 抗凝固薬や抗血小板薬の内服継続の要否の相談 ☐ 冠動脈疾患の既往があるが、LDL-C<70mg/dL を未達成、PCSK-9 阻害薬導入検討してほしい		
症状	☐ あり ☐ なし 例) 胸痛 (_____)	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	※可能な限り詳細をお願いします		
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。