

紹介先医療機関名

〒 023-0864

☎ 0197-24-4121

岩手県奥州市水沢区字龍ヶ馬場61番地

岩手県立胆沢病院

循環器内科外来

循環器 担当医

先生

紹介元医療機関

所在地

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

診療情報提供書

下記の患者さんを紹介します。どうぞよろしくお願い致します。

フリガナ 患者氏名		性別	電話番号
患者住所			
生年月日	0 歳	職業	

1. 傷病名 ① <input type="checkbox"/> 心不全	② <input type="checkbox"/> 不整脈
③ <input type="checkbox"/> 狭心症	④ <input type="checkbox"/> その他

2. 紹介目的

3. 既往歴及び家族歴
基礎疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他

4. 症状経過、検査結果及び治療経過
いつもお世話になっております。
① 心不全の場合
<input type="checkbox"/> BNP > 100pg/ml <input type="checkbox"/> NT-proBNP > 400pg/ml
② 不整脈の場合
<input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他の不整脈 <input type="checkbox"/> 症状
③ 動脈硬化の場合
<input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> 症状

5. 現在の処方

備考

2021.12

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。