

心不全地域連携 ～診療情報提供書～

依頼日： 年 月 日

【紹介先医療機関名】 〒 311-4198 茨城県水戸市双葉台3-3-10 水戸済生会総合病院 循環器内科 外来担当 先生 宛 TEL: 029-254-9067 FAX: 029-254-1637 地域医療連携室	【紹介元医療機関名】 _____ 医師氏名: _____ 印 TEL: _____ FAX: _____
--	---

フリガナ		住所	
患者氏名		連絡先TEL	
性別		生年月日	年 月 日 (歳)

この度は心不全地域連携クリニカルパスの病院連携に基づき、紹介となります。

【紹介理由】

- ” 緊急 ” 受診の項目に該当します。
 安静時呼吸困難・夜間咳嗽 / 呼吸困難・起坐呼吸・症候性低血圧など
- ” 早期 ” 受診の項目に該当します。
 体重増加・労作自息切れ・浮腫など
- 貴院の定期受診日となりましたため、紹介します。
- 上記該当には至りませんが、貴院での精査・加療をお願いします。

【紹介理由】：

- 心不全が疑われます。
- 心機能の精査を依頼します。(心不全ステージAの初回心不全評価目的も含みます)
- (心不全を除く)心疾患が疑われます。(未精査の心雑音も含みます)

下記精査を依頼します。

- 血液検査 心電図 心エコー図 胸部レントゲン写真
- その他 (_____)

※お薬手帳のコピーや血液検査結果を添付お願いします

フリー記載 (VS、既往歴、薬剤変更および気になる点がありましたら、記載してください) 体温 _____℃ 血圧 _____/_____ mmHg 脈拍 _____ 回/分 SpO2 _____ % _____ _____ _____ _____
--