心不全用

From.

医療機関名

医 師 名　　先生

電話番号
FAX 番号
FAX 送信者（　　）

To.

宇治徳洲会病院 心臓センター

診療情報提供書（受診・検査依頼）

【FAX】0774-25-2827

月～金 8:30 ～19:00 土曜日 8:30 ～12:30
地域医療連携室 直通電話 0774-25-2871

患者情報

お申込み日　　年　　月　　日

フリガナ		旧姓	性別	生年月日
患者氏名		（二重登録防止の為）	男 女	T・S・H・R　　年　月　日
住 所	〒			連絡のつく電話番号

希望日時	□特に希望なし □ご都合の悪い日：
処方	□なし　□別紙参照
紹介目的	**□心機能精査を希望** 以下について事前に患者さんへのご説明お願いします ・当日はお薬手帳の持参をお願いします ・当日は待ち時間短縮のため、 診察前に採血・心電図・胸部レントゲン・心臓エコーなどの事前検査を受けて頂く可能性があります
あてはまる項目に印をお願いします	**心不全の危険因子がある** □糖尿病　□高血圧　□肥満　□不整脈　□冠動脈疾患　□CKD　□心筋症の家族歴 □動脈硬化疾患（脳梗塞など）□手根管症候群　□その他（　　） **検査で異常がある** □採血で異常あり（□BNP≥35pg/ml　□NT-proBNP≥125pg/ml ） □胸部レントゲンで異常あり（□心拡大　□胸水 ）□心電図異常 **診察で異常がある** □心雑音　□浮腫　□その他（　　） **症状がある** □息切れ・呼吸苦　□その他（　　）

受診時におくすり手帳や直近の血液検査データなどご持参頂きますと助かります。
よろしくお願い致します。