

循環器内科紹介患者事前申込書

(診療情報提供書)

済衆館病院

医師

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

電話番号

F A X

フリガナ	
患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名	<input type="checkbox"/> 心不全の疑い <input type="checkbox"/> 重症高血圧の疑い <input type="checkbox"/> 心雑音の疑い <input type="checkbox"/> 狭心症の疑い <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 治療方針の相談 <input type="checkbox"/> 入院依頼 <input type="checkbox"/> 心臓リハビリ依頼 <input type="checkbox"/> 冠動脈 CT 検査 <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
既往歴及び家族歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 本/日× 年間
心疾患の家族歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
症状経過及び検査結果	発症時期 経過
BNP・NT-proBNP などの検査結果があれば添付をお願いします	
その他特記事項	
処方内容 お薬手帳記載のとおり (お薬手帳を当院へ持参していただく様ご指示をお願いいたします)	