

済衆館病院 循環器内科

担当医 あて

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師ご芳名

患者氏名		性別	男	・	女
患者住所					
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	(お薬手帳の当院への持参のご指示をお願いいたします)
------	------------	----------------------------

--