

心不全地域連携 ～診療情報提供書～

報告日： 年 月 日

【病院】 〒 TEL /FAX	【連携医療機関】 医療機関名： TEL
---	--

患者氏名				
性別	男	女	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。

介紹理由：

- 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(薬剤変更や気になる点がありましたら、記載してください)