心不全地域連携　～連絡票～

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。

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(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)