心不全地域連携　～診療情報提供書～

報告日:　　年　　月　　日

【病院】	【連携医療機関】
〒 TEL　　/FAX	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)