紹介状（診療情報提供書）：心不全地域連携

依頼日:　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ㈱日立製作所日立総合病院  循環器内科　外来担当先生  **FAX　０２９４（２３）８４１２**  TEL　　０２９４（２３）８４１２  　　　　　　　　地域医療連携室行き | | | **【紹介元医療機関名】**    医師氏名：　　　　　　　　　　　　　印  TEL：  FAX： | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  患者氏名 |  | | | 日病ID |  |
| 性別 | 男　　　女 | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 (　　　歳) | |
| 連絡先TEL |  | 住所 | |  | |

この度は、病院連携に基づき，紹介となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項目** | **該当にレ点** | **受診の緊急度** |
| **×　安静時の息苦しさ** |  | **×**があったら  □**“緊急”**受診の項目に該当します  **→翌日までに**循環器内科または救急外来受診をお願いします |
| **×　夜間に強い咳** |  |
| **×　横になると苦しく・**  **座ると楽になる** |  |
| **×　血圧が低くフラフラする** |  |
| **▲　理想体重から3㎏の**  **増加・減少** |  | ▲があったら  □**“早期”**受診の項目に該当します  **→早めの(1週間以内)**循環器内科**予約**をお願いします。 |
| **▲　動いた時の息切れ** |  |
| **▲　足のむくみの悪化** |  |
| **●　疲れやすさ・だるさ** |  | **●**があったら**“通常”**診療   * 日病の**定期受診日**となり紹介します * 日病での精査・加療をお願いします |
| **●　食欲低下** |  |
| **●　不眠** |  |

【紹介理由】　**※お薬手帳のコピーや血液検査結果を添付お願いします**

　□ 心不全が疑われます。

　□ 心機能の精査を依頼します。

□(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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

フリー記載　(VSや既往歴・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)

体温　　　　　　℃　血圧　　　/　　　mmHg　脈拍　　　回/分　　　SpO2　　　　％