熊本総合病院 循環器内科 診療情報提供書兼受診依頼票

年 月 日

JCHO熊本総合病院

循環器内科

先生

医療機関名

医師名

TEL () -

受診予定日 令和 年 月 日 () 熊本総合病院の受診歴 (有・無)

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		TEL	() -
生年月日	年 月 日	年齢	歳

紹介目的	☐ 心機能精査を希望します 以下について事前に患者さんへのご説明をお願いいたします ・当日はお薬手帳の持参をお願いします ・当日は待ち時間短縮の為、診察前に採血・心電図・胸部レントゲン・心臓超音波などの事前検査を受けて頂く可能性があります
項目で当てはまるものにチェックをお願いします	①動脈硬化性疾患、心不全、不整脈の危険因子がある ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 肥満 ☐ 喫煙 ☐ 冠動脈疾患 ☐ 動脈硬化性疾患(脳梗塞、下肢動脈疾患など) ☐ 心筋症の家族歴 ☐ 突然死の家族歴 ☐ 手根管症候群 ☐ その他 () ②検査で異常がある ☐ 採血で異常がある (☐ BNP > 35pg/ml ☐ NT-proBNP > 125pg/ml ☐ TnT上昇) ☐ 胸部レントゲンで異常がある ☐ 心拡大 ☐ 胸水 ☐ 異常陰影 ☐ その他 () ☐ 心電図で異常がある ③診察で異常がある ☐ 心雑音 ☐ 肺雑音 ☐ 肺不整 ☐ 浮腫 ☐ その他 () ④症状がある ☐ 息切れ・呼吸苦 ☐ 胸痛・胸部不快感 ☐ 動悸 ☐ その他 ()
既往歴	
その他 ご要望など	